

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**Vinculação Pré-Natal Materna e Sintomatologia Psicopatológica:
Impacto nas Expectativas Pré-Natais Maternas
em Adolescentes Grávidas**

Catarina Rebelo da Silva

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

Área de Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde- Psicologia Clínica Dinâmica

2020

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**Vinculação Pré-Natal Materna e Sintomatologia Psicopatológica:
Impacto nas Expectativas Pré-Natais Maternas
em Adolescentes Grávidas**

Catarina Rebelo da Silva

**Dissertação orientada pelo Professor Doutor João Manuel Rosado de Miranda
Justo**

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

Área de Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde- Psicologia Clínica Dinâmica

2020

Agradecimentos

Ao Prof. Dr. João Justo, um agradecimento especial, pela disponibilidade, compreensão e paciência. Por fomentar a minha admiração pela Psicologia Dinâmica e por todos os ensinamentos que nunca esquecerei.

A minha sincera gratidão a todos os professores com os quais me cruzei por manterem acesas as minhas crenças acerca da importância da Psicologia e a minha paixão pelas pessoas.

Importa agradecer à Dr^a. Célia, por ser um exemplo de profissionalismo, por me ter dado a mão nos momentos de maior angústia, por todo o apoio e pela força. E, principalmente por ter ajudado a esculpir aquilo que sou hoje, acreditando sempre no meu potencial enquanto pessoa, aluna e futura profissional. Espero que os nossos caminhos se voltem a cruzar.

À minha mãe, Carla, por ser o meu porto de abrigo e me fazer acreditar que sou efetivamente do tamanho dos meus sonhos. Pela inspiração, pela força interminável, por todo o carinho e por todo o amor, obrigada!

À minha irmã, Nanica, agradeço a companhia, a paciência, o apoio e o ombro amigo nos momentos de dúvida e desmotivação. Obrigada pelos momentos de descontração, risos e brincadeiras que têm para mim, um valor incalculável. Obrigada, do fundo do coração, por nunca desistires de mim.

Ao meu pai, Paulo, que sem saber me motivou mais do que qualquer outra pessoa.

Ao meu namorado, Fábio, um agradecimento enorme pela paciência interminável, pela compreensão, pelo apoio e pelo exemplo. E ainda, por me fazer persistir sempre, acreditar sempre no meu valor e nas minhas capacidades. Espero que celebremos muitas outras conquistas.

À minha irmã do coração, Inês, não há palavras suficientes para agradecer a disponibilidade, o carinho, a paciência, o apoio e a força. A peça fundamental de todo o meu percurso e a quem eu estou eternamente grata. Sem ti, nada disto seria possível. Obrigada por estares ao meu lado em todas as situações, por acreditares em mim mais do que eu própria, por não me deixares cair e por seres o Ser maravilhoso que és. E, porque escolhemos a nossa família, à Ana Cristina e ao Nuno a minha profunda gratidão por me acolherem em qualquer circunstância de braços abertos.

Por fim, mas não menos importante, um agradecimento especial à minha (recente) amiga Cláudia que, mesmo noutra ilha, me motivou todos os dias sem exceção, ouviu os meus desabafos, acolheu as minhas inseguranças e me compreendeu como ninguém. Pelo apoio incondicional, pela amizade que floresceu, pela paciência e pelo carinho, muito obrigada!

Ao meu tio Jone.

Resumo

Introdução: A gravidez adolescente é considerada um problema social. Assim, este estudo visa compreender de que forma as grávidas adolescentes experienciam a gravidez no que refere às expectativas maternas acerca da interação mãe-bebé. **Objetivos:** Verificar, em grávidas adolescentes, se a vinculação pré-natal materna e a presença de sintomatologia psicopatológica podem influenciar as expectativas maternas acerca da interação mãe-bebé. Para além disso, será importante avaliar o efeito da vinculação pré-natal materna em interação com a sintomatologia psicopatológica sobre as expectativas maternas acerca da interação mãe-bebé. **Amostra:** Grávidas adolescentes (N = 25) com pelo menos 12 semanas de gestação e nacionalidade portuguesa. **Instrumentos:** Questionário Sociodemográfico e Clínico; Questionário BSI (Derogatis, 1993; versão portuguesa de Canavarro, 1995); A Escala de Vinculação Pré-Natal Materna (Condon, 1993; adaptação para português de Camarneiro & Justo, 2007, 2010) e, por fim, o Questionário de Expectativas Maternas na Interação Mãe-Bebé (Adaptação de Silva, 2019 a partir do original do Inventário da Perceção Materna da Intersubjetividade do Bebé na Relação Mãe-Filho de Carrulo de Sousa, 2016). **Hipóteses:** Hipótese Geral 1: A sintomatologia psicopatológica em adolescentes grávidas contribui para explicar a variância estatística das expectativas maternas acerca da interação mãe-bebé; Hipótese Geral 2: A vinculação materna pré-natal em adolescentes grávidas contribui para explicar a variância estatística das expectativas maternas acerca da interação mãe-bebé; Hipótese Geral 3: A vinculação pré-natal e a sintomatologia psicopatológica, em conjunto, contribuem significativamente para explicar a variância estatística das expectativas maternas acerca da interação mãe-bebé em adolescentes grávidas. **Resultados:** A sintomatologia psicopatológica não influencia as expectativas maternas acerca da interação mãe-bebé. Verificou-se que a vinculação pré-natal materna possui um impacto significativo nas expectativas maternas. E ainda, a vinculação pré-natal materna e a sintomatologia psicopatológica, em conjunto, influenciam as expectativas maternas acerca da interação mãe-bebé. **Conclusão:** Esta investigação sublinha a importância da compreensão das expectativas maternas em grávidas adolescentes e evidencia o impacto da vinculação materna e da sintomatologia psicopatológica nas mesmas.

Palavras-Chave: grávidas adolescentes; sintomatologia psicopatológica; vinculação pré-natal materna e expectativas maternas acerca da interação mãe-bebé.

Abstract

Introduction: Teen pregnancy is considered a social problem. This study aims to understand how pregnant teenagers experience pregnancy regarding to maternal expectations about mother-infant interaction. **Goals:** To determine if maternal prenatal attachment and the presence of psychopathological symptoms are able to influence maternal expectations about mother-infant interaction. In addition, it will be important to assess the effect of maternal prenatal attachment in interaction with psychopathological symptoms upon maternal expectations about mother-infant interaction. **Sample:** Pregnant teenagers (N = 25) with at least 12 weeks of gestation and Portuguese nationality. **Instruments:** Sociodemographic and Clinical Questionnaire; Brief Symptom Inventory (Derogatis, 1993; Portuguese version by Canavarro, 1995); Maternal Prenatal Attachment Scale (Condon, 1993; Portuguese adaptation by Camarneiro & Justo, 2007, 2010) and the Maternal Expectations about Mother-Infant Interaction Questionnaire (Adaptation by Silva, 2019, based on the Inventory of Maternal Perception about the Infant's Intersubjectivity in the Mother-Infant Relationship of Carrulo de Sousa, 2016). **Hypotheses:** General Hypothesis 1: Pregnant adolescents' Psychopathological Symptoms is expected to contribute for the explanation of the Maternal Expectations about Mother-Infant Interaction; General Hypothesis 2: Pregnant adolescents' Prenatal Maternal Attachment is expected to contribute for the explanation of Maternal Expectations about the Mother-Infant Interaction; General Hypothesis 3: Pregnant adolescents' Prenatal Attachment and Psychopathological Symptoms, together, do contribute significantly for the explanation of Maternal Expectations about Mother-Infant Interaction. **Results:** Psychopathological symptoms do not influence maternal expectations about mother-infant interaction. It was found that prenatal attachment has a significant impact on maternal expectations. And yet, maternal prenatal attachment and psychopathological symptoms, together, do influence maternal expectations about mother-infant interaction. **Conclusion:** This investigation underlines the importance of understanding pregnant adolescents' maternal expectations and evidences the impact of maternal attachment and psychopathological symptoms on it.

Key words: pregnant teenagers; psychopathological symptomatology; maternal prenatal attachment and maternal expectations about mother-infant interaction.

Índice

1. Enquadramento teórico	1
1.1 A adolescência.....	1
1.2 Gravidez na adolescência.....	3
1.3. Sintomatologia psicopatológica.....	5
1.4. Vinculação pré-natal.....	8
1.5. Expectativas maternas	12
2. Objetivos e hipóteses de investigação	17
2.1. Objetivos	17
2.2 Hipóteses gerais	17
3. Metodologia	19
3.1 Definição de variáveis	19
3.2. Operacionalização das variáveis	19
3.2.1 Questionário Sociodemográfico e Clínico	19
3.2.2. BSI (Brief Symptom Inventory).....	20
3.2.3. Escala de Vinculação Pré-Natal Materna	21
3.2.4 Questionário de Expectativas Maternas na Interação Mãe-Bebé.....	23
3.3 Hipóteses específicas	24
3.4. Procedimento	25
3.4.1. Critérios de inclusão.....	25
3.4.2 Critérios de exclusão	25
3.4.3 Recolha de dados <i>on-line</i>	25
3.5 Participantes	27
4. Resultados	29
4.1 Testagem das hipóteses	29
4.1.1 Análise de regressão linear hierárquica múltipla.....	29
4.1.2. Testagem da Hipótese Geral 1.....	30
4.1.3. Testagem da Hipótese Geral 2.....	31
4.1.4. Testagem da Hipótese Geral 3.....	33
5. Discussão	37
6. Conclusão	41
6.1. Limitações	42
6.2. Implicações e direções futuras	42
Referências Bibliográficas	43

Índice de Tabelas

Tabela 1. Estatística Descritiva das Variáveis Sociodemográficas das Participantes.....	27
Tabela 2. Estatística Descritiva das Variáveis Clínicas Relativas à Gravidez.....	28
Tabela 3. Análise de regressão da HE2, VI- Ansiedade Fóbica, VD- Expectativas Maternas acerca dos Comportamentos do Bebê que Expressam Estados Emocionais.....	30
Tabela 4. Análise de regressão da HE4, VI- Qualidade da Vinculação, VD- Expectativas Maternas acerca da Competência do Bebê na Interação com a Mãe.....	31
Tabela 5. Análise de regressão da HE5, VI- Qualidade da Vinculação, VD- Expectativas Maternas acerca dos Comportamentos do Bebê que Expressam Estados Emocionais.....	32
Tabela 6. Análise de regressão da HE6, VI- Qualidade da Vinculação, VD- Expectativas Maternas acerca da Competência do Bebê para Expressar a sua Iniciativa.....	32
Tabela 7. Análise de regressão de HE7, VI- Intensidade de Preocupação Materna e Sensibilidade Interpessoal, VD- Expectativas Maternas acerca da Competência do Bebê na Interação com a Mãe.....	33
Tabela 8. Análise de regressão da HE8, VI- Intensidade da Preocupação Materna e Depressão, VD- Expectativas Maternas acerca dos Comportamentos do Bebê que Expressam Estados Emocionais.....	34
Tabela 9. Análise de regressão da H9, VI- Intensidade de Preocupação Materna e Ansiedade, VD- Expectativas Maternas acerca da Competência do Bebê para Expressar a sua Iniciativa.....	34

Lista de Anexos

- Anexo I. Folha de Informação à Participante
- Anexo II. Folha de Informação ao Tutor Legal
- Anexo III. Questionário Sociodemográfico e Clínico
- Anexo IV. Brief Symptom Inventory (BSI)
- Anexo V. Escala de Vinculação Pré-Natal Materna (EVPNM)
- Anexo VI. Questionário das Expectativas Maternas acerca da Interação Mãe-Bebé (QEMIMB)
- Anexo VII. Estatística descritiva das Variáveis Psicométricas BSI
- Anexo VIII. Estatística descritiva das Variáveis Psicométricas EVPNM
- Anexo XIX Estatística descritiva das Variáveis Psicométricas QEMIMB
- Anexo X. Estatística descritiva das Variáveis Sociodemográficas e Clínicas
- Anexo XI. Inspeção dos Q-Q Plots
- Anexo XII. Análise de Consistência Interna da Escala Somatização (BSI)
- Anexo XIII. Análise de Consistência Interna da Escala Obsessão-Compulsão (BSI)
- Anexo XIV. Análise de Consistência Interna da Escala Sensibilidade Interpessoal (BSI)
- Anexo XV. Análise de Consistência Interna da Escala Depressão (BSI)
- Anexo XVI. Análise de Consistência Interna da Escala Ansiedade (BSI)
- Anexo XVII. Análise de Consistência Interna da Escala Hostilidade (BSI)
- Anexo XVIII. Análise de Consistência Interna da Escala Ansiedade Fóbica (BSI)
- Anexo XIX. Análise de Consistência Interna da Escala Ideação Paranóide (BSI)
- Anexo XX. Análise de Consistência Interna da Escala Psicoticismo (BSI)
- Anexo XXI. Análise de Consistência interna da Escala Qualidade de Vinculação (EVPNM)
- Anexo XXII. Análise de Consistência interna da Escala Intensidade da Preocupação Materna (EVPNM)
- Anexo XXIII. Análise de Consistência interna da Escala Total de Vinculação (EVPNM)

Anexo XXIV. Análise de Consistência interna da Escala Expectativas Maternas acerca da Competência do Bebê na Interação Mãe-Bebê (Factor 1- QEMIMB)

Anexo. XXV. Análise de Consistência interna da Escala Expectativas Maternas acerca dos Comportamentos do Bebê que Expressam Estados Emocionais (Factor 2- QEMIMB)

Anexo XXVI. Análise de Consistência interna da Escala Expectativa Materna acerca da Competência do Bebê para Expressar a sua Iniciativa (Factor 3- QEMIMB)

Anexo XXVII. Análise de Consistência interna da Escala Factor Geral (QEMIMB)

Anexo XXVIII. Análise de regressão - QEMIMB, Factor 1, BSI, Ansiedade

Anexo XXIX. Análise de regressão - QEMIMB, Factor 1, BSI, Ansiedade Fóbica

Anexo XXX. Análise de regressão - QEMIMB, Factor 1, BSI, Depressão

Anexo XXXI. Análise de regressão - QEMIMB, Factor 1, BSI, Hostilidade

Anexo XXXII. Análise de regressão - QEMIMB, Factor 1, BSI, Ideação Paranóide

Anexo XXXIII. Análise de regressão - QEMIMB, Factor 1, BSI, Índice Geral de Sintomas

Anexo XXXIV. Análise de regressão - QEMIMB, Factor 1, BSI, Obsessão Compulsão

Anexo XXXV. Análise de regressão - QEMIMB, Factor 1, BSI, Psicoticismo

Anexo XXXVI. Análise de regressão - QEMIMB, Factor 1, BSI, Sensibilidade Interpessoal

Anexo XXXVII. Análise de regressão - QEMIMB, Factor 1, BSI, Índice Geral de Sintomas

Anexo XXXVIII. Análise de regressão - QEMIMB, Factor 1, BSI, Índice Sintomas Positivos

Anexo XXXIX. Análise de regressão - QEMIMB, Factor 2, BSI, Ansiedade

Anexo XL. Análise de regressão - QEMIMB, Factor 2, BSI, Ansiedade Fóbica

Anexo XLI. Análise de regressão - QEMIMB, Factor 2, BSI, Depressão

Anexo XLII. Análise de regressão - QEMIMB, Factor 2, BSI, Hostilidade

Anexo XLIII. Análise de regressão - QEMIMB, Factor 2, BSI, Ideação Paranóide

Anexo XLIV. Análise de regressão - QEMIMB, Factor 2, BSI, Índice Geral de Sintomas

Anexo XLV. Análise de regressão - QEMIMB, Factor 2, BSI, Obsessão Compulsão

Anexo XLVI. Análise de regressão - QEMIMB, Factor 2, BSI, Psicoticismo

Anexo XLVII. Análise de regressão - QEMIMB, Factor 2, BSI, Sensibilidade Interpessoal

Anexo XLVIII. Análise de regressão - QEMIMB, Factor 2, BSI, Somatização

Anexo XLIX. Análise de regressão - QEMIMB, Factor 2, BSI, Índice Sintomas Positivos

Anexo L. Análise de regressão - QEMIMB, Factor 3, BSI, Ansiedade

Anexo LI. Análise de regressão - QEMIMB, Factor 3, BSI, Ansiedade Fóbica

Anexo LII. Análise de regressão - QEMIMB, Factor 3, BSI, Depressão

Anexo LIII. Análise de regressão - QEMIMB, Factor 3, BSI, Hostilidade

Anexo LIV. Análise de regressão - QEMIMB, Factor 3, BSI, Ideação Paranóide

Anexo LV. Análise de regressão - QEMIMB, Factor 3, BSI, Índice Geral de Sintomas

Anexo LVI. Análise de regressão - QEMIMB, Factor 3, BSI, Índice Sintomas Positivos

Anexo LVII. Análise de regressão - QEMIMB, Factor 3, BSI, Obsessão Compulsão

Anexo LVIII. Análise de regressão - QEMIMB, Factor 3, BSI, Psicoticismo

Anexo LIX. Análise de regressão - QEMIMB, Factor 3, BSI, Sensibilidade Interpessoal

Anexo LX. Análise de regressão - QEMIMB, Factor 3, BSI, Somatização

Anexo LXI. Análise de regressão - QEMIMB, Factor Geral, BSI, Ansiedade

Anexo LXII. Análise de regressão - QEMIMB, Factor Geral, BSI, Ansiedade Fóbica

Anexo LXIII. Análise de regressão - QEMIMB, Factor Geral, BSI, Depressão

Anexo LXIV. Análise de regressão - QEMIMB, Factor Geral, BSI, Hostilidade

Anexo LXV. Análise de regressão - QEMIMB, Factor Geral, BSI, Ideação Paranóide

Anexo LXVI. Análise de regressão - QEMIMB, Factor Geral, BSI, Índice Geral de Sintomas

Anexo LXVII. Análise de regressão - QEMIMB, Factor Geral, BSI, Índice de Sintomas Positivos

Anexo LXVIII. Análise de regressão - QEMIMB, Factor Geral, BSI, Obsessão Compulsão

Anexo LXIX. Análise de regressão - QEMIMB, Factor Geral, BSI, Psicoticismo

Anexo LXX. Análise de regressão - QEMIMB, Factor Geral, BSI, Sensibilidade Interpessoal

Anexo LXXI. Análise de regressão - QEMIMB, Factor Geral, BSI, Índice Sintomas Positivos

Anexo LXXII. Análise de regressão - QEMIMB, Factor 1, EVPNM, Intensidade de Preocupação Materna

Anexo LXXIII. Análise de regressão - QEMIMB, Factor 1, EVPNM, Qualidade da Vinculação Materna

Anexo LXXIV. Análise de regressão - QEMIMB, Factor 1, EVPNM, Escala Total de Vinculação

Anexo LXXV. Análise de regressão - QEMIMB, Factor 2, EVPNM, Intensidade de Preocupação Materna

Anexo LXXVI. Análise de regressão - QEMIMB, Factor 2, EVPNM, Qualidade da Vinculação Materna

Anexo LXXVII. Análise de regressão - QEMIMB, Factor 2, EVPNM, Escala Total de Vinculação

Anexo LXXVIII. Análise de regressão - QEMIMB, Factor 3, EVPNM, Intensidade de Preocupação Materna

Anexo LXXIX. Análise de regressão - QEMIMB, Factor 3, EVPNM, Qualidade da Vinculação Materna

Anexo LXXX. Análise de regressão - QEMIMB, Factor 3, EVPNM, Escala Total de Vinculação

Anexo LXXXI. Análise de regressão - QEMIMB, Factor Geral, EVPNM, Intensidade de Preocupação Materna

Anexo LXXXII. Análise de regressão - QEMIMB, Factor Geral, EVPNM, Qualidade da Vinculação Materna

Anexo LXXXIII. Análise de regressão - QEMIMB, Factor Geral, EVPNM, Escala Total de Vinculação

Anexo LXXXIV. Análise de regressão - QEMIMB, Factor 1, EVPNM, Qualidade da Vinculação, BSI, Ansiedade

Anexo LXXXV. Análise de regressão - QEMIMB, Factor 1, EVPNM, Qualidade da Vinculação, BSI, Ansiedade Fóbica

Anexo LXXXVI. Análise de regressão - QEMIMB, Factor 1, EVPNM, Qualidade da Vinculação, BSI, Depressão

Anexo LXXXVII. Análise de regressão - QEMIMB, Factor 1, EVPNM, Qualidade da Vinculação, BSI, Hostilidade

Anexo LXXXVIII. Análise de regressão - QEMIMB, Factor 1, EVPNM, Qualidade da Vinculação, BSI, Ideação Paranóide

Anexo LXXXIX. Análise de regressão - QEMIMB, Factor 1, EVPNM, Qualidade da Vinculação, BSI, Índice Geral de Sintomas

Anexo XC. Análise de regressão - QEMIMB, Factor 1, EVPNM, Qualidade da Vinculação, BSI, Índice de Sintomas Positivos

Anexo XCI. Análise de regressão - QEMIMB, Factor 1, EVPNM, Qualidade da Vinculação, BSI, Obsessão Compulsão

Anexo XCII. Análise de regressão - QEMIMB, Factor 1, EVPNM, Qualidade da Vinculação, BSI, Psicoticismo

Anexo XCIII. Análise de regressão - QEMIMB, Factor 1, EVPNM, Qualidade da Vinculação, BSI, Sensibilidade Interpessoal

Anexo XCIV. Análise de regressão - QEMIMB, Factor 1, EVPNM, Qualidade da Vinculação, BSI, Somatização

Anexo XCV. Análise de regressão - QEMIMB, Factor 2, EVPNM, Qualidade da Vinculação, BSI, Ansiedade

Anexo XCVI. Análise de regressão - QEMIMB, Factor 2, EVPNM, Qualidade da Vinculação, BSI, Ansiedade Fóbica

Anexo XCVII. Análise de regressão - QEMIMB, Factor 2, EVPNM, Qualidade da Vinculação, BSI, Depressão

Anexo XCVIII. Análise de regressão - QEMIMB, Factor 2, EVPNM, Qualidade da Vinculação, BSI, Hostilidade

Anexo XCVIX. Análise de regressão - QEMIMB, Factor 2, EVPNM, Qualidade da Vinculação, BSI, Ideação Paranóide

Anexo C. Análise de regressão - QEMIMB, Factor 2, EVPNM, Qualidade da Vinculação, BSI, Índice Geral de Sintomas

Anexo CI. Análise de regressão - QEMIMB, Factor 2, EVPNM, Qualidade da Vinculação, BSI, Índice Sintomas Positivos

Anexo CII. Análise de regressão - QEMIMB, Factor 2, EVPNM, Qualidade da Vinculação, BSI, Obsessão Compulsão

Anexo CIII. Análise de regressão - QEMIMB, Factor 2, EVPNM, Qualidade da Vinculação, BSI, Psicoticismo

Anexo CIV. Análise de regressão - QEMIMB, Factor 2, EVPNM, Qualidade da Vinculação, BSI, Sensibilidade Interpessoal

Anexo CV. Análise de regressão - QEMIMB, Factor 2, EVPNM, Qualidade da Vinculação, BSI, Somatização

Anexo CVI. Análise de regressão - QEMIMB, Factor 3, EVPNM, Qualidade da Vinculação, BSI, Ansiedade

Anexo CVII. Análise de regressão - QEMIMB, Factor 3, EVPNM, Qualidade da Vinculação, BSI, Ansiedade Fóbica

Anexo CVIII. Análise de regressão - QEMIMB, Factor 3, EVPNM, Qualidade da Vinculação, BSI, Depressão

Anexo CIX. Análise de regressão - QEMIMB, Factor 3, EVPNM, Qualidade da Vinculação, BSI, Hostilidade

Anexo CX. Análise de regressão - QEMIMB, Factor 3, EVPNM, Qualidade da Vinculação, BSI, Ideação Paranóide

Anexo CXI. Análise de regressão - QEMIMB, Factor 3, EVPNM, Qualidade da Vinculação, BSI, Índice Geral de Sintomas

Anexo CXII. Análise de regressão - QEMIMB, Factor 3, EVPNM, Qualidade da Vinculação, BSI, Índice de Sintomas Positivos

Anexo CXIII. Análise de regressão - QEMIMB, Factor 3, EVPNM, Qualidade da Vinculação, BSI, Obsessão Compulsão

Anexo CXIV. Análise de regressão - QEMIMB, Factor 3, EVPNM, Qualidade da Vinculação, BSI, Psicoticismo

Anexo CXV. Análise de regressão - QEMIMB, Factor 3, EVPNM, Qualidade da Vinculação, BSI, Sensibilidade Interpessoal

Anexo CXVI. Análise de regressão - QEMIMB, Factor 3, EVPNM, Qualidade da Vinculação, BSI, Somatização

Anexo CXVII. Análise de regressão - QEMIMB, Factor Geral, EVPNM, Qualidade da Vinculação, BSI, Ansiedade

Anexo CXVIII. Análise de regressão - QEMIMB, Factor Geral, EVPNM, Qualidade da Vinculação, BSI, Ansiedade Fóbica

Anexo CXIX. Análise de regressão - QEMIMB, Factor Geral, EVPNM, Qualidade da Vinculação, BSI, Depressão

Anexo CXX. Análise de regressão - QEMIMB, Factor Geral, EVPNM, Qualidade da Vinculação, BSI, Hostilidade

Anexo CXXI. Análise de regressão - QEMIMB, Factor Geral, EVPNM, Qualidade da Vinculação, BSI, Ideação Paranóide

Anexo CXXII. Análise de regressão - QEMIMB, Factor Geral, EVPNM, Qualidade da Vinculação, BSI, Índice Geral de Sintomas

Anexo CXXIII. Análise de regressão - QEMIMB, Factor Geral, EVPNM, Qualidade da Vinculação, BSI, Índice Sintomas Positivos

Anexo CXXIV. Análise de regressão - QEMIMB, Factor Geral, EVPNM, Qualidade da Vinculação, BSI, Sensibilidade Interpessoal

Anexo CXXV. Análise de regressão - QEMIMB, Factor Geral, EVPNM, Qualidade da Vinculação, BSI, Psicoticismo

Anexo CXXVI. Análise de regressão - QEMIMB, Factor Geral, EVPNM, Qualidade da Vinculação, BSI, Obsessão Compulsão

Anexo CXXVII. Análise de regressão - QEMIMB, Factor Geral, EVPNM, Qualidade da Vinculação, BSI, Somatização

Anexo CXXVIII. Análise de regressão - QEMIMB, Factor 1, EVPNM, Intensidade de Preocupação, BSI, Somatização

Anexo CXXIX. Análise de regressão - QEMIMB, Factor 1, EVPNM, Intensidade de Preocupação, BSI, Obsessão Compulsão

Anexo CXXX. Análise de regressão - QEMIMB, Factor 1, EVPNM, Intensidade de Preocupação, BSI, Sensibilidade Interpessoal

Anexo CXXXI. Análise de regressão - QEMIMB, Factor 1, EVPNM, Intensidade de Preocupação, BSI, Depressão

Anexo CXXXII. Análise de regressão - QEMIMB, Factor 1, EVPNM, Intensidade de Preocupação, BSI, Ansiedade

Anexo CXXXIII. Análise de regressão - QEMIMB, Factor 1, EVPNM, Intensidade de Preocupação, BSI, Hostilidade

Anexo CXXXIV. Análise de regressão - QEMIMB, Factor 1, EVPNM, Intensidade de Preocupação, BSI, Ansiedade Fóbica

Anexo CXXXV. Análise de regressão - QEMIMB, Factor 1, EVPNM, Intensidade de Preocupação, BSI, Ideação Paranoide

Anexo CXXXVI. Análise de regressão - QEMIMB, Factor 1, EVPNM, Intensidade de Preocupação, BSI, Psicoticismo

Anexo CXXXVII. Análise de regressão - QEMIMB, Factor 1, EVPNM, Intensidade de Preocupação, BSI, Índice Geral de Sintomas

Anexo CXXXVIII. Análise de regressão - QEMIMB, Factor 1, EVPNM, Intensidade de Preocupação, BSI, Índice Sintomas Positivos

Anexo CXXXIX. Análise de regressão - QEMIMB, Factor 2, EVPNM, Intensidade de Preocupação, BSI, Somatização

Anexo CXL. Análise de regressão - QEMIMB, Factor 2, EVPNM, Intensidade de Preocupação, BSI, Obsessão Compulsão

Anexo CXLI. Análise de regressão - QEMIMB, Factor 2, EVPNM, Intensidade de Preocupação, BSI, Sensibilidade Interpessoal

Anexo CXLII. Análise de regressão - QEMIMB, Factor 2, EVPNM, Intensidade de Preocupação, BSI, Depressão

Anexo CXLIII. Análise de regressão - QEMIMB, Factor 2, EVPNM, Intensidade de Preocupação, BSI, Ansiedade

Anexo CXLIV. Análise de regressão - QEMIMB, Factor 2, EVPNM, Intensidade de Preocupação, BSI, Hostilidade

Anexo CXLV. Análise de regressão - QEMIMB, Factor 2, EVPNM, Intensidade de Preocupação, BSI, Ansiedade Fóbica

Anexo CXLVI. Análise de regressão - QEMIMB, Factor 2, EVPNM, Intensidade de Preocupação, BSI, Ideação Paranóide

Anexo CXLVII. Análise de regressão - QEMIMB, Factor 2, EVPNM, Intensidade de Preocupação, BSI, Psicoticismo

Anexo CXLVIII. Análise de regressão - QEMIMB, Factor 2, EVPNM, Intensidade de Preocupação, BSI, Índice Geral de Sintomas

Anexo CXLIX. Análise de regressão - QEMIMB, Factor 2, EVPNM, Intensidade de Preocupação, BSI, Índice Sintomas Positivos

Anexo CL. Análise de regressão - QEMIMB, Factor 3, EVPNM, Intensidade de Preocupação, BSI, Somatização

Anexo CLI. Análise de regressão - QEMIMB, Factor 3, EVPNM, Intensidade de Preocupação, BSI, Obsessão Compulsão

Anexo CLII. Análise de regressão - QEMIMB, Factor 3, EVPNM, Intensidade de Preocupação, BSI, Sensibilidade Interpessoal

Anexo CLIII. Análise de regressão - QEMIMB, Factor 3, EVPNM, Intensidade de Preocupação, BSI, Depressão

Anexo CLIV. Análise de regressão - QEMIMB, Factor 3, EVPNM, Intensidade de Preocupação, BSI, Ansiedade

Anexo CLV. Análise de regressão - QEMIMB, Factor 3, EVPNM, Intensidade de Preocupação, BSI, Hostilidade

Anexo CLVI. Análise de regressão - QEMIMB, Factor 3, EVPNM, Intensidade de Preocupação, BSI, Ansiedade Fóbica

Anexo CLVII. Análise de regressão - QEMIMB, Factor 3, EVPNM, Intensidade de Preocupação, BSI, Ideação Paranóide

Anexo CLVIII. Análise de regressão - QEMIMB, Factor 3, EVPNM, Intensidade de Preocupação, BSI, Psicoticismo

Anexo CLIX. Análise de regressão - QEMIMB, Factor 3, EVPNM, Intensidade de Preocupação, BSI, Índice Geral de Sintomas

Anexo CLX. Análise de regressão - QEMIMB, Factor 3, EVPNM, Intensidade de Preocupação, BSI, Índice Sintomas Positivos

Anexo CLXI. Análise de regressão - QEMIMB, Factor Geral, EVPNM, Intensidade de Preocupação, BSI, Somatização

Anexo CLXII. Análise de regressão - QEMIMB, Factor Geral, EVPNM, Intensidade de Preocupação, BSI, Obsessão Compulsão

Anexo CLXIII. Análise de regressão - QEMIMB, Factor Geral, EVPNM, Intensidade de Preocupação, BSI, Sensibilidade Interpessoal

Anexo CLXIV. Análise de regressão - QEMIMB, Factor Geral, EVPNM, Intensidade de Preocupação, BSI, Depressão

Anexo CLXV. Análise de regressão - QEMIMB, Factor Geral, EVPNM, Intensidade de Preocupação, BSI, Ansiedade

Anexo CLXVI. Análise de regressão - QEMIMB, Factor Geral, EVPNM, Intensidade de Preocupação, BSI, Hostilidade

Anexo CLXVII. Análise de regressão - QEMIMB, Factor Geral, EVPNM, Intensidade de Preocupação, BSI, Ansiedade Fóbica

Anexo CLXVIII. Análise de regressão - QEMIMB, Factor Geral, EVPNM, Intensidade de Preocupação, BSI, Ideação Paranóide

Anexo CLXIX. Análise de regressão - QEMIMB, Factor Geral, EVPNM, Intensidade de Preocupação, BSI, Psicoticismo

Anexo CLXX. Análise de regressão - QEMIMB, Factor Geral, EVPNM, Intensidade de Preocupação, BSI, Índice Geral de Sintomas

Anexo CLXXI. Análise de regressão - QEMIMB, Factor Geral, EVPNM, Intensidade de Preocupação, BSI, Índice Sintomas Positivos

Anexo CLXXII. Análise de regressão - QEMIMB, Factor 1, EVPNM, Escala Total de Vinculação, BSI, Somatização

Anexo CLXXIII. Análise de regressão - QEMIMB, Factor 1, EVPNM, Escala Total de Vinculação, BSI, Obsessão Compulsão

Anexo CLXXIV. Análise de regressão - QEMIMB, Factor 1, EVPNM, Escala Total de Vinculação, BSI, Sensibilidade Interpessoal

Anexo CLXXV. Análise de regressão - QEMIMB, Factor 1, EVPNM, Escala Total de Vinculação, BSI, Depressão

Anexo CLXXVI. Análise de regressão - QEMIMB, Factor 1, EVPNM, Escala Total de Vinculação, BSI, Ansiedade

Anexo CLXXVII. Análise de regressão - QEMIMB, Factor 1, EVPNM, Escala Total de Vinculação, BSI, Hostilidade

Anexo CLXXVIII. Análise de regressão - QEMIMB, Factor 1, EVPNM, Escala Total de Vinculação, BSI, Ansiedade Fóbica

Anexo CLXXIX. Análise de regressão - QEMIMB, Factor 1, EVPNM, Escala Total de Vinculação, BSI, Ideação Paranóide

Anexo CLXXX. Análise de regressão - QEMIMB, Factor 1, EVPNM Escala Total de Vinculação, BSI, Psicoticismo

Anexo CLXXXI. Análise de regressão - QEMIMB, Factor 1, EVPNM, Escala Total de Vinculação, BSI, Índice Geral de Sintomas

Anexo CLXXXII. Análise de regressão - QEMIMB, Factor 1, EVPNM, Escala Total de Vinculação, BSI, Índice Sintomas Positivos

Anexo CLXXXIII. Análise de regressão - QEMIMB, Factor 2, EVPNM, Escala Total de Vinculação, BSI, Somatização

Anexo CLXXXIV. Análise de regressão - QEMIMB, Factor 2, EVPNM, Escala Total de Vinculação, BSI, Obsessão Compulsão

Anexo CLXXXV. Análise de regressão - QEMIMB, Factor 2, EVPNM, Escala Total de Vinculação, BSI, Sensibilidade Interpessoal

Anexo CLXXXVI. Análise de regressão - QEMIMB, Factor 2, EVPNM, Escala Total de Vinculação, BSI, Depressão

Anexo CLXXXVII. Análise de regressão - QEMIMB, Factor 2, EVPNM, Escala Total de Vinculação, BSI, Ansiedade

Anexo CLXXXVIII. Análise de regressão - QEMIMB, Factor 2, EVPNM, Escala Total de Vinculação, BSI, Hostilidade

Anexo CLXXXIX. Análise de regressão - QEMIMB, Factor 2, EVPNM, Escala Total de Vinculação, BSI, Ansiedade Fóbica

Anexo CXC. Análise de regressão - QEMIMB, Factor 2, EVPNM, Escala Total de Vinculação, BSI, Ideação Paranóide

Anexo CXCI. Análise de regressão - QEMIMB, Factor 2, EVPNM Escala Total de Vinculação, BSI, Psicoticismo

Anexo CXCII. Análise de regressão - QEMIMB, Factor 2, EVPNM, Escala Total de Vinculação, BSI, Índice Geral de Sintomas

Anexo CXCIII. Análise de regressão - QEMIMB, Factor 2, EVPNM, Escala Total de Vinculação, BSI, Índice Sintomas Positivos

Anexo CX CIV. Análise de regressão - QEMIMB, Factor 3, EVPNM, Escala Total de Vinculação, BSI, Somatização

Anexo CXCV. Análise de regressão - QEMIMB, Factor 3, EVPNM, Escala Total de Vinculação, BSI, Obsessão Compulsão

Anexo CXCVI. Análise de regressão - QEMIMB, Factor 3, EVPNM, Escala Total de Vinculação, BSI, Sensibilidade Interpessoal

Anexo CXC VII. Análise de regressão - QEMIMB, Factor 3, EVPNM, Escala Total de Vinculação, BSI, Depressão

Anexo CXC VIII. Análise de regressão - QEMIMB, Factor 3, EVPNM, Escala Total de Vinculação, BSI, Ansiedade

Anexo CXC IX. Análise de regressão - QEMIMB, Factor 3, EVPNM, Escala Total de Vinculação, BSI, Hostilidade

Anexo CC. Análise de regressão - QEMIMB, Factor 3, EVPNM, Escala Total de Vinculação, BSI, Ansiedade Fóbica

Anexo CCI. Análise de regressão - QEMIMB, Factor 3, EVPNM, Escala Total de Vinculação, BSI, Ideação Paranóide

Anexo CCII. Análise de regressão - QEMIMB, Factor 3, EVPNM Escala Total de Vinculação, BSI, Psicoticismo

Anexo CCIII. Análise de regressão - QEMIMB, Factor 3, EVPNM, Escala Total de Vinculação, BSI, Índice Geral de Sintomas

Anexo CCIV. Análise de regressão - QEMIMB, Factor 3, EVPNM, Escala Total de Vinculação, BSI, Índice Sintomas Positivos

Anexo CCV. Análise de regressão - QEMIMB, Factor Geral, EVPNM, Escala Total de Vinculação, BSI, Somatização

Anexo CCVI. Análise de regressão - QEMIMB, Factor Geral, EVPNM, Escala Total de Vinculação, BSI, Obsessão Compulsão

Anexo CCVII. Análise de regressão - QEMIMB, Factor Geral, EVPNM, Escala Total de Vinculação, BSI, Sensibilidade Interpessoal

Anexo CCVIII. Análise de regressão - QEMIMB, Factor Geral, EVPNM, Escala Total de Vinculação, BSI, Depressão

Anexo CCIX. Análise de regressão - QEMIMB, Factor Geral, EVPNM, Escala Total de Vinculação, BSI, Ansiedade

Anexo CCX. Análise de regressão - QEMIMB, Factor Geral, EVPNM, Escala Total de Vinculação, BSI, Hostilidade

Anexo CCXI. Análise de regressão - QEMIMB, Factor Geral, EVPNM, Escala Total de Vinculação, BSI, Ansiedade Fóbica

Anexo CCXII. Análise de regressão - QEMIMB, Factor Geral, EVPNM, Escala Total de Vinculação, BSI, Ideação Paranóide

Anexo CCXIII. Análise de regressão - QEMIMB, Factor Geral, EVPNM Escala Total de Vinculação, BSI, Psicoticismo

Anexo CCXIV. Análise de regressão - QEMIMB, Factor Geral, EVPNM, Escala Total de Vinculação, BSI, Índice Geral de Sintomas

Anexo CCXV. Análise de regressão - QEMIMB, Factor Geral, EVPNM, Escala
Total de Vinculação, BSI, Índice Sintomas Positivos

1. Enquadramento teórico

1.1 A adolescência

A adolescência é um período caracterizado por inúmeras mudanças físicas, biológicas, psicológicas e sociais. Caracteriza-se por um período de desenvolvimento onde se dá a transição da infância para a idade adulta. Williams, Holmbeck e Greenley (1999) propõem um modelo biopsicossocial que mostra, de forma simples, as mudanças que ocorrem durante o período da adolescência e a forma como estas se interligam. Estes autores referem que as primeiras mudanças do desenvolvimento na adolescência se iniciam através das mudanças biológicas (puberdade), psicológicas, cognitivas e pela redefinição social. Estas interligam-se com os contextos interpessoais onde o adolescente se insere, como a família, os pares, a escola e/ou o trabalho. De estas últimas, surgem os resultados de essas mudanças: autonomia, identidade, intimidade, sexualidade e ajustamento psicossocial. Todas estas mudanças ocorrem dentro de um determinado contexto demográfico e interpessoal que influencia o processo de desenvolvimento. Assim, os fatores moderadores do desenvolvimento neste estágio são: a etnia, a estrutura familiar, o género, a resposta individual à mudança, a comunidade onde o adolescente está inserido e o estatuto sociodemográfico (Williams et al., 1999). Deste modo, podemos perceber, de forma sucinta, os fatores que influenciam o processo de desenvolvimento da adolescência.

Numa perspetiva psicodinâmica, Alves e Mota (2015) fazem referência a Stanley Hall como o pai da psicologia da adolescência. Segundo os autores, para Stanley, a adolescência era um período visto como um fenómeno meramente biológico onde se construíam os atributos de género com base na sociedade e na cultura onde o adolescente se inseria. Mais tarde, Freud conceptualizou a adolescência como um período de fortes pulsões sexuais e evolução psicosexual (Alves & Mota, 2015). Com base nestes pressupostos, outras teorias surgiram, entre elas a de Anna Freud (1969, citado por Alves & Mota, 2015) que considerava a adolescência como fruto da puberdade. Desta forma, as mudanças no corpo adolescente, causadas pela maturação sexual, possuem impacto direto no desenvolvimento psicológico e no processo da construção da identidade. Assim, a maturação psicosexual considera-se um trabalho estritamente interno que nada tem a ver com as influências ambientais e contextuais. Ou seja, a adolescência é marcada pelas

transformações da puberdade que estão na base da passagem da sexualidade infantil para a sexualidade adulta (Alves & Mota, 2015).

É, também, nesta fase que se dá a regressão aos desejos e conflitos infantis. Isto acontece devido ao acesso à genitalidade durante a adolescência onde o adolescente se confronta com os sentimentos vividos durante o complexo de Édipo (Afonso, 2007). O jovem procura, então, o seu próprio espaço pessoal, afastando-se dos objetos afetivos e de identificação, construindo assim o seu próprio *self*. Alves e Mota (2015), referem que. “Ao longo da adolescência, a autonomia, a individuação e a formação da identidade são fenómenos intimamente ligados e interdependentes: a individuação envolve a separação psicológica da “realidade” familiar; o processo de individuação decorre ao longo da vida e envolve mudanças no grau de autonomia versus ligação; subsiste a necessidade de ligação aos pais tal como subsiste a ambivalência sobre a autonomia.” (p.48-49).

Como vimos, o período da adolescência é composto por várias tarefas psicológicas, nomeadamente, a construção da identidade e do *self*. No entanto, outras teorias afirmam que neste período ocorrem outras tarefas fundamentais ao desenvolvimento do jovem. Erik Erikson (1976, cit. por Alves & Mota, 2015) constatou que, os adolescentes necessitam de experimentar livremente vários papéis e explorar novas atividades, para que se consciencializem da numerosidade de novos papéis e iniciativas que existem e, desta forma, possam alargar a sua identidade renunciando à fixação num só papel, permitindo maior e constante investimento no *self*. Todas estas experimentações e novidades trazem ao adolescente uma onda de incertezas e dúvidas. Segundo Sousa (2006), Erikson (1968/1976) denominou este estágio (adolescência) de “Identidade de grupo vs. Alienação” e consiste numa procura do jovem pela autonomia e desenvolvimento de uma identidade pessoal que só será atingida em consonância com a identidade de grupo.

Voltando à teoria freudiana, esta afirma que existem dois marcos no período da adolescência, sendo estes: um novo fim sexual e a escolha do objeto sexual. Assim, o adolescente perde o corpo que sempre lhe foi familiar, o que gera desconforto e mal-estar relativamente ao novo corpo que se forma, um corpo desconhecido, inquietante e de desafiante adaptação (Sousa, 2006). Com este novo corpo, surgem novas excitações sexuais endógenas com as quais o individuo jovem terá de lidar. Desta forma, a adolescência é caracterizada por Freud como um período crítico de adaptações de

fundamental concretização, uma vez que, não sendo realizadas, estas mudanças podem tornar-se um fator de risco para distúrbios psicopatológicos (Sousa, 2006).

De forma geral, as teorias acerca da adolescência apontam este período como sendo caracterizado e pautado pelas inúmeras mudanças físicas, biológicas, psicológicas e sociais. Ocorrem vários processos de maturação sexual e de construção de um novo EU que sustentarão as bases do *self* adulto.

1.2 Gravidez na adolescência

A gravidez na adolescência é um assunto premente nos dias de hoje. Segundo Justo (2000), o período em que se conheceram mais gravidezes adolescentes, em Portugal, foi nos anos 80 em que a percentagem mais elevada era aproximadamente de 11,32%. Segundo Rodrigues (2010), a incidência da gravidez na adolescência coloca Portugal em segundo lugar nos países da Europa Ocidental, sendo que aproximadamente 12 jovens por dia davam à luz nesta época (anos 80). Desta forma, podemos perceber que o problema da gravidez na adolescência sempre esteve presente na sociedade em que vivemos e o quão necessário é compreender, de forma detalhada, este fenómeno e o impacto da gravidez adolescente em termos psicológicos, biológicos e sociais.

Constata-se que a adolescência é um período de transição entre a infância e a idade adulta, e que esta transição é marcada pelo início do funcionamento dos órgãos sexuais (Correia & Alves, 1990). O desenvolvimento da sexualidade pode não ser um processo fácil para os adolescentes, na medida em que é acompanhado por uma súbita descoberta de novas relações afetivas e sexuais, o que pode levar a diversos conflitos interiores (Rodrigues, 2010). Não existe, ainda, harmonia entre o desenvolvimento corporal, sexual e aquisição de maturidade emocional, o que leva o adolescente a procurar estabelecer novas relações exteriores às que lhe são familiares desde sempre, na tentativa de amenizar as suas preocupações relativamente ao seu novo corpo. No entanto, é importante compreender que, nesta fase, a informação relativamente à sexualidade e aos métodos contraceptivos é deficitária, o que aumenta o risco de gravidez (Rodrigues, 2010).

De uma perspetiva psicológica, considera-se que o período da adolescência é marcado por diversas mudanças a todos os níveis. Há, claramente, um desenvolvimento da sexualidade e uma procura intensa pela aceitação de si próprio, por si próprio e pelos outros. Esta viragem para o exterior em busca de aceitação leva a que os adolescentes explorem a vida sexual na tentativa de satisfazer o seu desejo interior de amar e ser amado

e o seu desejo libidinal (e.g. Rodrigues, 2010, Correia & Alves, 1990). Correia e Alves (1990) sugerem que a procura direta de excitação e prazer imediatos pode confundir os adolescentes na medida em que não existe uma distinção clara entre ternura e prazer imediato. Desta forma, as autoras afirmam que os conflitos que se geram podem levar a um início precoce da vida sexual que, no caso das adolescentes, incrementa a possibilidade de engravidar.

Assim, Rodrigues (2010) considera alguns dos fatores de risco de uma gravidez adolescente apontando para o abandono escolar, o baixo nível de escolaridade da adolescente, o companheiro, a família, a ausência de planos e objetivos para o futuro e a repetição do modelo familiar. Assinala, ainda, a baixa autoestima das jovens, o abuso de substâncias e do álcool, e a falta de conhecimento relativamente à sexualidade e aos métodos contraceptivos. Para além disto, importa ter em conta o contexto em que se insere a jovem, uma vez que existem culturas em que a adolescente com a primeira menarca torna-se adulta, indicando que está pronta para ser mãe. Estas crenças apoiam a gravidez adolescente e consideram-na como um evento positivo e gratificante (e.g. Rodrigues, 2010, Correia & Alves, 1990). A comunidade cigana e cabo-verdiana são exemplos de culturas em que a gravidez adolescente é sinónimo de felicidade e gratificação, onde, geralmente, a gravidez é desejada e valorizada na família da adolescente e na sua comunidade (Correia & Alves, 1990). Ao contrário destas culturas, a gravidez adolescente inserida na sociedade que nos é familiar, normalmente gera angústias e incertezas (Rodrigues, 2010). Uma gravidez numa jovem estudante que surja de forma imprevista e não desejada perturba toda a dinâmica familiar e, com isto, surgem outros sentimentos associados à descoberta da gravidez (Correia & Alves, 1990).

Na tentativa de compreender o fenómeno da gravidez na adolescência, Correia e Alves (1990) propuseram algumas hipóteses com base nos aspetos psicológicos. As autoras sugerem que a gravidez na adolescência pode acontecer devido: à atuação das fantasias edípicas, levando a jovem a realizar uma substituição do pai pelo namorado, procurando o amor do pai no companheiro; ao desejo de ser igual à mãe, tornando-a rival devido ao desejo de ter um filho de seu pai; a identificações pouco favoráveis com pessoas próximas; à necessidade de vingança na família como que um desafio aos pais, aquando a procura da afirmação da sua autonomia e identidade; à tendência e à autopunição; à necessidade de mostrar aos pais que já atingiu uma certa maturidade; a ver no bebé um objeto de amor incondicional de que carece e, por fim, à necessidade de carinho e ternura

que tornam apelativa a possibilidade de gravidez, uma vez que a mesma, no pensamento da jovem, amenizaria todo o seu vazio interior.

O impacto da gravidez na adolescência confere diversos aspetos. A partir do momento da descoberta, a jovem terá de decidir continuar ou não com a gravidez o que poderá revelar-se um momento de tensão para a grávida e para a família. A ambivalência entre manter a gravidez ou optar pelo aborto ou adoção podem suscitar sentimentos de profunda culpa e tristeza e contribuir para futuras dificuldades psicológicas (Correia & Alves, 1990). Podem surgir sentimentos de culpa e vergonha resultantes da perda precoce da condição de adolescente e, aliado a estes sentimentos, poderá existir pressão familiar para que a jovem se case com o pai do futuro bebé (Correia & Alves, 1990). A verdade é que a tomada de decisão relativamente à gravidez não é um processo fácil em gravidezes indesejadas e não planeadas, principalmente numa população jovem.

Assim sendo, a população de adolescentes grávidas constitui um grupo de risco pré-natal por diversas razões. Correia e Alves (1990) explicam que a gravidez na adolescência, na grande maioria das vezes, não é planeada nem desejada o que pode comprometer a saúde física e psicológica da mãe e do feto. O facto de a descoberta da gravidez ser tardia faz com que os cuidados pré-natais sejam iniciados num estágio avançado da gravidez onde já não é possível detetar ou corrigir situações de patologia e, ainda, torna difícil determinar com precisão a idade gestacional. Para além disto, as grávidas adolescentes parecem carecer de nutrição adequada, devido aos maus hábitos alimentares e às necessidades nutricionais características da adolescência. É ainda frequente que as jovens grávidas sejam portadoras de doenças sexualmente transmissíveis e não tenham conhecimento das mesmas, nem recorram ao tratamento, o que pode prejudicar a sua saúde e a do feto.

Desta forma, podemos compreender a complexidade da gravidez adolescente e as consequências que acarreta, uma vez que a adolescente ainda se encontra em transição para a idade adulta, não possuindo maturidade suficiente para distinguir uma gravidez normal de uma gravidez patológica, nem capacidade para entender quando se revela necessário recorrer a ajuda médica (Correia & Alves, 1990).

1.3. Sintomatologia psicopatológica

Os estudos psicopatológicos relacionados com a gravidez adolescente são escassos e de difícil acesso, principalmente estudos portugueses.

No entanto, existem alguns aspetos do funcionamento psicológico adolescente que podemos apontar para sustentar o tema de este estudo. Alguns autores debruçaram-se acerca do tema da regulação emocional na adolescência. Como sabemos, a adolescência é um período de inúmeras mudanças físicas, biológicas, psicológicas e sociais. Dentro do parâmetro da psicologia, muito se poderia constatar acerca das alterações na adolescência, contudo, o estudo de Silva e Freire (2014) e o de Gilbert (2012) dão-nos uma visão detalhada do funcionamento psicológico nesta faixa etária.

De acordo com Gilbert (2012), o conjunto de transformações que ocorrem na adolescência requerem um elevado esforço emocional, como tal, podem levar a experiências de ativação emocional e respostas emocionais extremas por forma a aperfeiçoar as competências de regulação emocional até alcançar um funcionamento psicológico adaptativo. Considera-se que na adolescência, os jovens experienciam maiores flutuações nos estados emocionais diários, verificando-se uma maior prevalência da experiencição de estados emocionais negativos e uma diminuição de experiencição de estados emocionais positivos.

Importa referir que o desenvolvimento das competências regulatórias se revela, também, influenciado pelas mudanças psicossociais a que os adolescentes estão sujeitos. Assim, os adolescentes têm de lidar com situações novas geradoras de stress e ansiedade, tais como, as relações com os pares, sucesso académico, pressão para corresponder às expectativas dos adultos ou busca pela autonomia (Steinberg, 2005, cit. por Silva & Freire, 2014).

Posto isto, vários estudos (Gross & John, 2003, Suveg, Southam-Gerow, Goodman & Kendall, 2007, citados por Silva & Freire, 2019) consultados pelas autoras que têm vindo a ser citadas, revelam que a capacidade de regular emoções é uma componente central para a saúde mental. Sendo a desregulação emocional pautada pela ausência ou incapacidade da utilização de estratégias adaptativas na regulação das respostas emocionais, importa perceber que esta característica se revela presente e importante no que toca ao desenvolvimento de problemas de internalização e externalização na adolescência. No que concerne aos problemas de internalização, os mais comuns são a depressão e a ansiedade que estão associadas a défices de emoções positivas, bem como dificuldade em mantê-las, e a recursos deficitários no que toca à gestão de emoções negativas (Gilbert, 2012).

Com isto, percebemos que a adolescência é um período de inconstância e de constante tentativa de regulação emocional. Desta forma, compreende-se que a regulação emocional é uma tarefa que requer algum esforço e adaptação às novas situações da vida do adolescente e à forma como lida com as mesmas. Assim sendo, no capítulo da Gravidez na Adolescência é referido o impacto de uma gravidez neste período e as consequências que poderão decorrer a nível emocional.

Um estudo de Thomas e Rickel (1995) acerca da gravidez adolescente e a regulação emocional, numa comparação entre adolescentes grávidas ou mães e adolescentes não grávidas, concluiu-se que as jovens grávidas revelam dificuldades ao nível de ajustamento emocional. De acordo com os resultados do estudo, as grávidas adolescentes mostraram ser mais desconfiadas para com os outros, revelaram um comportamento agressivo e competitivo tendo pouco controlo sobre os seus impulsos, enfatizaram sentimentos de inferioridade e insatisfação, e ainda, foi visível o uso de mecanismos de defesa primários, nomeadamente a negação. A juntar a estes resultados, as adolescentes grávidas mostraram-se mais isoladas socialmente do que as adolescentes não grávidas.

Seguindo esta linha de pensamento, Slade e Sadler (2019) consideram alguns factores de risco psicológicos durante a gravidez. As autoras abordam questões como: Stress no Início de Vida, Stress Pré-Natal, Ansiedade e depressão materna e a Perturbação de Stress Pós-traumático na Maternidade. Segundo as mesmas, todas as questões acima se relacionam com a gravidez na idade adulta e com a gravidez na adolescência. Desta forma, explicam que uma grande parte dos pais adolescentes revelam ter antecedentes de problemas de saúde mental relacionados com a interrupção da vinculação com os progenitores e ter um historial de dificuldades académicas. A maior parte de estes antecedentes é considerado fruto de histórias de abusos na infância, depressão e stress pós-traumático (Hodgkinson, Beers, Southammakosane, & Lewin, 2014, cit. por Slade & Sadler, 2019). Tendo em conta que, como referido acima, as adolescentes grávidas ainda estão a desenvolver a sua capacidade de lidar com as mudanças características deste período, nomeadamente, a instabilidade emocional, importa compreender que a história de vida da grávida pode contribuir para o comprometimento de um desenvolvimento psicológico normal (Moriarty Daley, Sadler, & Reynolds, 2013, cit. por Slade & Sadler, 2019). Considerando todos estes factores de risco, Sadler et al. (2007, cit por Slade & Sadler, 2019) afirmam que os mesmos contribuem para a exposição vulnerável da grávida

adolescente a perturbações de ansiedade, depressão e stress pós-traumático. Para além disto, estes fatores de risco estão associados a: dificuldades de adaptação à parentalidade (podendo tornar-se pais pouco responsivos); dificuldades emocionais e relacionamentos conflituosos com os membros da família; dificuldades ao nível académico e socioeconómico; e, por fim, podem contribuir para problemas relacionados com o abuso de substâncias (Oberlander, Black, & Starr, 2007, citados por Slade & Sadler, 2019).

Desta forma, importa referir que uma gravidez na adolescência pode revelar-se problemática no futuro da jovem, começando pelo período de pós-parto. Figueiredo (2000) afirma que a depressão pós-parto afeta uma parte significativa das recentes mães e que, este fenómeno também se verifica em mães adolescentes. A presença de sintomas de depressão em mães adolescentes tem vindo a confirmar problemas de desenvolvimento das crianças a nível emocional e cognitivo (Osofsky & Eberhart-Wright, 1992, cit. por Figueiredo, 2000). Segundo a autora, a sintomatologia depressiva em grávidas e mães adolescentes pode ser explicada pela ausência de recursos para lidar com a gravidez inesperada. Além disso, considera a ausência de suporte social, as dificuldades no relacionamento com o pai do bebé, a ausência do mesmo e a existência de problemas de saúde, antecedentes de risco para a depressão na maternidade adolescente (Figueiredo, 2000).

Considerando este enquadramento, podemos concluir que tanto a adolescência como a gravidez são períodos de mudança e difícil adaptação. Devido a todas as mudanças que ocorrem em ambas as fases, percebemos que estas requerem algum esforço de adaptação e regulação emocional. Ao juntar as duas condições, o esforço psicológico acontece a duplicar, podendo comprometer o desenvolvimento da adolescente no geral, bem como o desenvolvimento do bebé.

1.4. Vinculação pré-natal

Os estudos acerca da vinculação pré-natal materna têm vindo a aumentar com o decorrer dos anos. Bowlby (1982) afirma que a teoria da vinculação é considerada como uma variante da teoria das relações de objeto. A primeira, postula que o Ser Humano possui uma série de recursos e uma organização psicológica específica que lhe permite criar representações de si próprio e dos outros, nomeadamente da figura cuidadora.

Condon e Corkindale (1997) conceptualizam a vinculação pré-natal como o laço emocional desenvolvido entre a mulher grávida e o feto. “It represents the development

of the earliest, most basic form of human intimacy involving an object characterized by a curious admixture of fantasy and reality.” (Condon & Corkindale, 1997; p. 360).

Em 1993, Condon apresentou um modelo teórico que tenta explicar as componentes envolvidas na vinculação da grávida com o feto. Desta forma, Condon (1993) enfatiza vários indicadores da relação precoce mãe-bebê: o desejo de conhecer as características físicas, psicológicas e de personalidade do feto; prazer na interação com o feto e com o futuro bebê; e desejo de proteção do feto, atendendo a todas as suas necessidades.

Segundo Condon e Corkindale (1997), a compreensão da vinculação materno-fetal oferece-nos a oportunidade de compreender alguns aspetos fundamentais de esta relação precoce. A existência de uma forte ligação e uma vinculação materno-fetal intensa cria na mulher grávida a necessidade de proteger o seu feto. Desta forma, um feto “muito amado” corre menos riscos de sofrer abusos ou de ser negligenciado nos seus cuidados do que os fetos cujas mães não investiram na vinculação pré-natal por razões de incapacidade psicológica, uso de substâncias ou outros comportamentos que as afastem emocionalmente do seu futuro bebê (Condon, 1968b, 1987, Condon & Hilton, 1988, citados por Condon & Corkindale, 1997).

O interesse pelo tema da vinculação materno-fetal, levou à criação de inúmeras tentativas de medição das variáveis envolvidas na mesma. A primeira escala de medição da vinculação pré-natal (*Maternal Fetal Attachment Scale*) foi desenvolvida por Cranley em 1981 (Brandon, Pitts, Denton, Stringer, & Evans, 2011). Este instrumento abriu as portas a um novo mundo de conhecimento no que diz respeito à vinculação pré-natal e ainda hoje é utilizado por investigadores em estudos acerca de este tema (Brandon et al., 2011).

Assim sendo, Muller (1993) utilizou a escala MFAS e concluiu que esta deixava de parte os pensamentos e fantasias relativas ao feto, acreditando que estes últimos contribuiriam significativamente para a afiliação mãe-feto. Desta forma, desenvolve um instrumento de medição novo “*Prenatal Attachment Inventory*”.

Segundo Muller (1993), uma vinculação inicial positiva é fundamental para a futura vida do bebê, uma vez que este, percebe a ligação com a figura cuidadora como sendo única, segura, nutritiva e agradável (Marris, 1982, cit. por Muller, 1993).

Considera-se ainda que a vinculação não termina na infância, sendo, portanto, transversal a toda a vida do indivíduo. Assim, segundo Henderson (1982, cit. por Muller, 1993), adolescentes e adultos dão significado à sua vida com base nas suas relações anteriores, uma vez que, ao existir uma base de vinculação forte, o indivíduo vai ganhando sentimentos de segurança e confiança, ao contrário daqueles que não experienciaram relações fortes. Esta conclusão vai de encontro à de Figueiredo, Pacheco, Costa e Magarinho (2006) que afirmam que os indivíduos que experienciaram boas relações precoces têm, geralmente, relações mais ajustadas com níveis de confiança, satisfação e intimidade mais elevados e, por isso, são capazes de manter relacionamentos significativos. Já os indivíduos que não experienciaram boas relações precoces mostram-se menos seguros, evitantes, revelam menos satisfação e intimidade nas relações e tendem a reportar relações conflituosas.

A vinculação é considerada como um aspeto fundamental do período gravídico, uma vez que a mulher começa por se vincular à ideia de estar grávida e vai desenvolvendo, de forma gradual, uma ligação ao feto (Rubin, 1984, cit. por Muller, 1993).

Desta forma, o estudo de Figueiredo et al. (2006) aborda o impacto da vinculação na vivência de alguns aspetos da gravidez em grávidas adolescentes e mulheres adultas. As autoras supramencionadas concluíram que a maior parte da sua amostra mostrava um estilo de vinculação seguro, no entanto, existia um número significativo de grávidas com vinculação insegura e que estas últimas diziam respeito às participantes com idade inferior a 18 anos. Verificaram, assim, que as grávidas adolescentes, desempregadas e que não vivem com o companheiro, apresentavam um estilo de vinculação inseguro. Concluíram ainda que, as grávidas do grupo de vinculação inseguro (grávidas adolescentes) apresentavam um historial de separação parental, divórcio ou afastamento por mais de um ano das figuras parentais.

Um estudo de Claudino, Cesário e Menezes (2017) mostra de forma clara o impacto da gravidez na adolescência na vinculação materno-fetal. Os autores concluíram que a qualidade de vinculação, na maioria das adolescentes grávidas, era média. Apesar de todas as mudanças características do período da adolescência e do período gravídico, nenhuma das adolescentes da amostra de este estudo apresentou baixa qualidade de vinculação. Contudo, as adolescentes grávidas que revelaram consumir substâncias ou

fumar mostraram uma qualidade de vinculação média. Porém, obtiveram um valor mais baixo do que as adolescentes grávidas que não revelaram consumos.

Para além disto, concluíram que as participantes que viviam com os pais dos bebés e cujos companheiros se envolviam no processo de gravidez mostraram uma vinculação mais forte com o feto do que as participantes cujos companheiros eram ausentes. Claudino et al. (2017) justificam este último resultado pelo facto de que a maioria das adolescentes grávidas e os companheiros planearam ou desejaram a gravidez, o que faz com que, em alguns casos, acresça a preocupação para com o feto e a vontade de proteger e criar o filho nas melhores condições possíveis.

Os resultados apontaram ainda que, a maioria das adolescentes que participaram no estudo revelou um estatuto socioeconómico baixo o que, segundo Claudino et al. (2017), pode explicar a gravidez precoce. Desta forma, os autores explicam que as adolescentes provenientes de um estatuto socioeconómico baixo acartam responsabilidades acrescidas no que toca à manutenção e cuidado da casa e, muitas das vezes, veem-se forçadas a trabalhar para auxiliar a família, o que faz com que percam o foco nos estudos, deixando de parte a ambição de estudar para ascender socialmente. Figueiredo, Pacheco e Magarinho (2005) afirmam que a maioria das adolescentes grávidas não terminou a escolaridade obrigatória (61,5%) e que nenhuma das participantes jovens frequentou ou terminou o ensino superior.

Assim sendo, percebemos que a presença do pai do bebé, o nível socioeconómico e o consumo de substâncias são factores que podem implicar na qualidade de vinculação pré-natal materna. Contudo, a qualidade de vinculação encontra-se, também, associada à saúde mental da grávida. Perturbações de ansiedade e depressão após o parto mostraram estar ligadas a uma baixa qualidade de vinculação (e.g. Blumberg, 1980, Condon & Corkindale, 1997). Por outro lado, estudos revelam que a qualidade de vinculação forte pode funcionar como um factor moderador da depressão pós-parto (Priel & Besser, 1999, cit. por Brandon, et al., 2011).

Condon e Corkindale (1997) procuraram estudar o impacto da depressão e do suporte social na vinculação pré-natal. Os autores concluíram que tanto a depressão como o suporte social podem influenciar a vinculação pré-natal. Os resultados revelam consistência entre a depressão e a qualidade de vinculação. Este resultado pode explicar-se pelo facto de que, clinicamente, a depressão leva, em muitos casos, ao isolamento e

consequentemente ao afastamento daqueles por quem, o deprimido, realmente sente afeto. Desta forma, os autores consideram que a depressão na gravidez, quando tratada devidamente, pode reverter a qualidade de vinculação. Para além de estes resultados, os autores apontam que a depressão pode influenciar o suporte social percebido e vice-versa, uma vez que, no seu estudo, encontraram resultados que revelam que, a satisfação perante o suporte social parece ter mais impacto do que a quantidade de suporte social. Desta forma, Condon e Corkindale (1997) concluem que o apoio social e a depressão podem influenciar diretamente a qualidade da vinculação. Podemos ainda concluir que existem outros factores que aparentemente influenciam a vinculação, nomeadamente a ansiedade que revela ter um impacto significativo na qualidade de vinculação (Condon & Corkindale, 1997).

Posto isto, podemos concluir que a vinculação pré-natal tem um impacto significativo na qualidade de vinculação materna pós-natal e na vida futura do bebé, sendo que, uma vinculação segura pautará a vida do indivíduo e possibilitará melhores relações, mais intimidade e mais confiança.

1.5. Expectativas maternas

Os estudos sobre as expectativas maternas acerca da interação mãe bebé em adolescentes grávidas são pouco vastos. Apesar disso, existem alguns contributos importantes que nos auxiliarão na compreensão de esta variável.

As expectativas maternas iniciam-se antes do nascimento do bebé. É através das fantasias e desejos maternos acerca do bebé que se criam expectativas relativamente às características físicas, psicológicas e interativas do mesmo. Segundo Maldonado (1997 cit. por Piccinini, Gomes, Moreira, & Lopes (2004). As expectativas maternas têm origem no mundo interno da mesma que recorda relações passadas, nomeadamente com a sua própria mãe, e projeta no bebé as suas necessidades conscientes e inconscientes.

Desta forma, percebemos que as expectativas maternas se constituem através do investimento materno na relação com o feto. Assim, a grávida ao fantasiar sobre as características do bebé, aproxima-se emocionalmente dele criando expectativas relativamente ao mesmo e concedendo-lhe individualidade e uma identidade própria (Raphael-Leff, 1991, cit. por Piccinini et al., 2004). No que toca a expectativas negativas, estas acontecem quando a grávida se aproxima de forma exagerada ao bebé, encarando-

o como uma continuação de si própria, retirando-lhe a sua individualidade e identidade (Brazelton & Cramer, 1992, citados por Piccinini et al., 2004).

Assim o bebé imaginário construído por cada grávida, envolve as várias características do mesmo como o sexo, a forma como se movimenta no útero, o nome, a fisionomia e as características físicas. O bebé imaginário é fruto do investimento da grávida e das fantasias e desejos da mesma para com o futuro bebé (Szejer & Stewart 1997, citados por Piccinini et al., 2004).

Piccinini et al. (2004) realizaram um estudo com o objetivo de compreender as expectativas das grávidas relativamente aos seus bebés. Posto isto, os autores verificaram que no que respeita às características psicológicas dos bebés, sobressai o desejo de semelhança com os pais. Isto é, as grávidas revelaram desejos de que o bebé se assemelhasse psicologicamente aos pais, possuindo características individuais de um e de outro e características comuns a ambos os progenitores. Desta forma, o desejo que o bebé possua determinadas características contribui para a construção da representação do bebé (bebé imaginário). Os autores supramencionados encontraram, ainda, uma relação positiva entre o estado emocional das grávidas e as características psicológicas do bebé, afirmando que existe uma preocupação por parte das grávidas em manter-se calmas durante o período gravídico, uma vez que estas consideram que o estado emocional pode ter um impacto negativo nas características psicológicas do bebé.

Relativamente às expectativas maternas acerca da interação mãe-bebé, Piccinini et al. (2004) concluíram que as grávidas consideram que a interação com o bebé ocorre através de conversas com o feto, do toque na barriga, dos sonhos e dos movimentos fetais. Nas conversas com o feto, as grávidas revelam que se sentem mais próximas do bebé quando conversam com o mesmo e, de forma semelhante, quando tocam na barriga, acreditando que dessa forma têm contacto com o bebé. Os sonhos são expressos como formas de interação, na medida em que, as grávidas sonham com a possível relação com o seu bebé e fantasiam com a mesma incluindo nos sonhos todas as características desejadas para o bebé. Por fim, os movimentos fetais, também se revelaram importantes na interação mãe-bebé, pois é através de estes que as grávidas percecionam a forma como, a sua voz e o toque, influenciam os movimentos do bebé.

Concluímos assim, que as grávidas esperam que os bebés possuam características psicológicas que se assemelhem às suas e que interajam com elas, após o nascimento, de

acordo com a forma como interagem dentro do útero. Este estudo revela a importância da compreensão das expectativas maternas pré-natais, uma vez que as grávidas mostram capacidade de reconhecer ao bebé, antes de este nascer, características psicológicas e interativas que pautam a relação mãe-bebé durante a gravidez e após a mesma.

No que concerne às grávidas adolescentes, estas também fantasiam quanto às características físicas e emocionais do bebé (Brazelton & Cramer, 1992, citados por Piccinini, Ferrari, Levandowski, Lopes, & Nardi (2003). No entanto, acredita-se que a construção do bebé imaginário possa ser comprometida pelo facto de a grávida ser adolescente. Piccinini et al., (2003) acreditam que as grávidas adolescentes não se encontram preparadas para a mudança de papéis que ocorre na gravidez. A adolescente deixa de ter o papel de filha e passará a ter o papel de mãe, para o qual ainda não se encontra preparada. Isto, dificulta a criação de um espaço para o bebé e consequentemente dificuldade em se vincular ao mesmo.

Seguindo esta linha de pensamento, podemos afirmar que a grávida adolescente ainda não completou todos os processos do estágio da adolescência que recaem sobre o desenvolvimento do pensamento formal que, aquando desenvolvido, permite ao adolescente fantasiar, afastar-se do real, criar teorias e realizar reflexões acerca do que o rodeia (Piaget & Inhelder, 1970/1976 citados por Piccinini et al., 2003). Desta forma, esta limitação cognitiva pode dificultar a construção de um bebé imaginário e consequentemente a vinculação e as expectativas maternas pré e pós-natais (Young, 1988, cit. por Piccinini, et al., 2003).

O estudo de Piccinini et al. (2003) procurou explorar a ligação entre a construção do bebé imaginário e as expectativas acerca do mesmo em grávidas adolescentes e adultas. No que concerne às características emocionais do bebé, as grávidas adolescentes esperavam que os seus bebés fossem mais agitados, enquanto que as grávidas adultas esperavam que os seus bebés fossem bebés calmos. Estes resultados podem ser explicados pelo facto de que, a construção do bebé imaginário se relaciona com a história de vida da grávida e com a capacidade de interpretação dos comportamentos do bebé no útero. Desta forma, as grávidas adolescentes parecem remeter a dados mais concretos para caracterizar o feto, enquanto que as grávidas adultas conseguem atribuir características abstratas ao seu bebé (como características psicológicas). A dificuldade de as grávidas adolescentes atribuírem outras características que não as que estão relacionadas com algo concreto

(como os movimentos fetais) aos seus bebês pode ser relacionado como uma forma de identificação da mesma para com o feto. Isto é, a adolescente encontra-se num período de agitação psíquica e corporal característicos de esta faixa etária, e como tal, atribui essa característica ao bebé (Blos, 1996, cit. por Piccinini et al., 2003)

Assim sendo, podemos compreender a relação entre a gravidez adolescente e as expectativas relativamente às características emocionais do feto. Complementando, um estudo de Wise e Grossman (1980, citados por Coleman, Nelson, & Sundre, 2007) revela que as adolescentes grávidas possuem expectativas irrealistas quanto ao feto e que estas, tendem a expressar sentimentos negativos sobre os seus bebês no período inicial do pós-parto. Isto é, as expectativas são de tal forma irrealistas que o confronto com o bebé real traz à mãe e ao pai sentimentos negativos relativos às características físicas, emocionais e psicológicas do bebé. Por outro lado, Contreras et al. (1995, citados por Coleman et al., 2017) encontraram resultados que indicam que as adolescentes grávidas que possuem crenças realistas quanto às características dos seus bebês, têm expectativas mais positivas quanto à sua relação com o bebé.

Por fim, concluímos que as expectativas das grávidas possuem impacto na relação futura entre a mãe e o bebé, sendo influenciadas pelo investimento da grávida na gravidez e na relação precoce com o bebé. Deste modo, destacam-se as características emocionais e psicológicas do feto que aparentam ter importante significado na relação entre a mãe e o bebé.

2. Objetivos e hipóteses de investigação

2.1. Objetivos

Os objetivos de esta investigação consistem em verificar se a Vinculação Pré-Natal Materna e a presença de Sintomatologia Psicopatológica podem influenciar as Expectativas Maternas acerca da Interação Mãe-Bebé. O principal objetivo é compreender as expectativas das grávidas adolescentes acerca da interação com o futuro bebé, considerando a qualidade da vinculação e a existência de sintomatologia psicopatológica. Desta forma, procuramos responder às seguintes questões de investigação: 1) Será que a presença de Sintomatologia Psicopatológica pode influenciar as Expectativas Maternas acerca da Interação Mãe-Bebé? 2) Será que a Vinculação Materna Pré-Natal tem impacto nas Expectativas maternas acerca da Interação Mãe-Bebé? 3) Será que a presença de Sintomatologia Psicopatológica e a Vinculação Pré-Natal em simultâneo têm um impacto significativo nas Expectativas Maternas acerca da Interação Mãe-Bebé?

De forma a responder às questões de investigação, formulámos três hipóteses gerais presentes no seguinte subcapítulo.

2.2 Hipóteses gerais

H1: A sintomatologia psicopatológica (variável independente) em adolescentes grávidas contribui para explicar a variância estatística das expectativas maternas acerca da interação mãe-bebé (variável dependente).

H2: A vinculação materna pré-natal (variável independente) em adolescentes grávidas contribui para explicar a variância estatística das expectativas maternas acerca da interação mãe-bebé (variável dependente).

H3: A vinculação materna pré-natal e a sintomatologia psicopatológica (variáveis independentes), em conjunto, contribuem significativamente para explicar a variância estatística das expectativas maternas acerca da interação mãe-bebé (variável dependente).

3. Metodologia

3.1 Definição de variáveis

Na Hipótese Geral 1, a variável dependente refere-se às Expectativas Maternas acerca da Interação Mãe-bebé e a variável independente é a Sintomatologia Psicopatológica. Na Hipótese Geral 2, a variável dependente corresponde às Expectativas Maternas acerca da Interação Mãe-bebé e a variável independente é a Vinculação Pré-Natal Materna. No que concerne à Hipótese Geral 3, a variável dependente diz respeito às Expectativas Maternas acerca da Interação Mãe-bebé e as variáveis independentes correspondem à Vinculação Pré-Natal Materna e à Sintomatologia Psicopatológica

3.2. Operacionalização das variáveis

3.2.1 Questionário Sociodemográfico e Clínico

O Questionário Sociodemográfico e Clínico (Anexo III) foi construído com o intuito de recolher dados específicos sobre a adolescente e sobre a gravidez para que, deste modo, fosse possível operacionalizar as variáveis a controlar. De forma detalhada, foram recolhidos dados como: a data de nascimento da grávida e a sua nacionalidade; o estatuto conjugal, o estatuto socioeconómico e a escolaridade que permitirão descrever o contexto social da grávida; o agregado familiar para que possamos compreender o contexto familiar das adolescentes inquiridas; os dados sobre a gravidez (fundamentais para a inclusão ou exclusão de participantes), nomeadamente o tempo de gestação atual e a existência de problemas obstétricos graves. Para além disso, consta informação sobre o tempo de gestação aquando da descoberta da gravidez, sobre as gravidezes anteriores e o tipo de acompanhamento médico, psicológico, social ou outro recebido pela grávida.

Importa referir que o estatuto socioeconómico foi avaliado através da proposta de classificação social de Graffar (1956). Assim, esta classificação contém cinco dimensões fundamentais para o cálculo da Classe Social: profissão, nível de instrução, fonte de rendimento familiar, conforto do alojamento e aspeto do bairro habitado. A cada dimensão corresponde uma pontuação, variando entre 1 e 5, conforme a resposta da participante. Por fim, a soma das pontuações das dimensões permite categorizar o tipo de classe social em que a participante se insere: Classe I (5 a 9 pontos); Classe II (10 a 13 pontos); Classe III (14 a 17 pontos); Classe IV (18 a 21 pontos) e Classe V (22 a 25 pontos).

3.2.2. BSI (Brief Symptom Inventory)

Desenvolvido a partir do SCL-90-R, o Questionário BSI (Derogatis, 1993; versão portuguesa de Canavarro, 1995) é constituído por 53 itens respondidos numa escala de Likert em que 0 corresponde a “nunca” e 4 corresponde a “muitíssimas vezes” (Anexo IV). O conjunto de itens permite avaliar sintomas psicopatológicos em nove dimensões de sintomas e em três Índices Globais. Derogatis (1993, citado por Canavarro, 2007) caracteriza as nove dimensões supramencionadas de forma simples: A *Somatização* (itens 2, 7, 23, 29, 30, 33 e 37) é a dimensão, cujos itens, refletem o mal-estar físico consequente do funcionamento somático; a dimensão das *Obsessões-Compulsões* é composta por itens (itens 5, 15, 26, 27, 32, e 36) , cujos sintomas se relacionam com as cognições, impulsos ou comportamentos persistentes, inevitáveis para o indivíduo; os itens que compõe a dimensão de *Sensibilidade Interpessoal* (itens 20, 21, 22 e 42) referem sentimentos de inferioridade, auto depreciação, hesitação, timidez e inadequação pessoal em contextos de interação social; a dimensão da *Depressão* (itens 9, 16, 17, 18, 35 e 50) representam os sintomas de depressão clínica, tais como, humor disfórico, perda de energia, falta de interesse e motivação pela vida e sintomas de afeto; na dimensão da *Ansiedade*, os 6 itens correspondentes (itens 1, 12, 19, 38, 45, 49), indicam sintomas como nervosismo, ansiedade generalizada e ataques de pânico, contando ainda com a avaliação de componentes cognitivas que envolvem sintomas somáticos da ansiedade; a sexta dimensão é a *Hostilidade*, composta por 5 itens (6, 13, 40, 41, 46) que incluem emoções, pensamentos e comportamentos reveladores do estado afetivo negativo; na dimensão seguinte, a *Ansiedade Fóbica*, os 8 itens que a constituem (8, 28, 31, 43 e 47) centram-se nas manifestações comportamentais disruptivas que levam a respostas de medo constante irracional e desproporcional relativamente ao estímulo; a penúltima dimensão é a *Ideação Paranóide* e os itens que a sustentam (4, 10, 24, 48 e 51), incluem o pensamento projetivo, sentimentos de hostilidade, egocentrismo, grandiosidade, suspeição e delírios, concedendo a esta dimensão a característica de indicar perturbação do funcionamento cognitivo; por último, a dimensão do *Psicoticismo* composta por itens (3, 14, 34, 44 e 53) indicadores de isolamento, sintomas esquizóides, alucinações e controlo do pensamento.

Os itens constituintes das nove dimensões avaliadas pelo BSI são considerados, no seu conjunto, como importantes elementos da psicopatologia, uma vez que são utilizados para a elaboração de diagnósticos de perturbações psicológicas (Canavarro,

2007). Isto deve-se aos elevados níveis de consistência interna nas nove escalas ($.71 \leq \alpha \leq .85$).

Para além das nove dimensões, Derogatis (1993, citado por Canavarro, 2007) descreve os três Índices Globais que permitem uma avaliação geral dos sintomas. O *Índice Geral de Sintomas (IGS)* representa a pontuação que permite avaliar a intensidade do mal-estar experienciado pelo indivíduo e os sintomas assinalados pelo mesmo. O *Índice de Sintomas Positivos (ISP)* revela a média da intensidade de todos os sintomas assinalados pelo indivíduo inquirido. Por fim, o índice *Total de Sintomas Positivos (TSP)* que representa o número de queixas sintomáticas apresentadas, permitindo compreender a vastidão e complexidade da sintomatologia em cada caso.

O BSI pode ser aplicado a todos os indivíduos da população em geral e inclui doentes psiquiátricos e indivíduos com perturbações emocionais. Ainda, é possível de ser aplicado a adolescentes com mais de 13 anos. Desta forma, o BSI foi utilizado neste estudo como forma de avaliar os sintomas psicológicos e a presença de psicopatologia em adolescentes grávidas.

Na nossa amostra, as subescalas do BSI obtiveram os seguintes valores: Somatização, $M = 7.68$, $DP = 8.37$ (Anexo VII), $\alpha = .948$ (Anexo XII); Obsessões Compulsões, $M = 7.12$, $DP = 7.08$ (Anexo VII), $\alpha = .927$ (Anexo XIII); Sensibilidade Interpessoal, $M = 5.12$, $DP = 4.34$ (Anexo VII), $\alpha = .874$ (Anexo XIV); Depressão, $M = 8.56$, $DP = 7.34$ (Anexo VII), $\alpha = .936$ (Anexo XIII); Ansiedade, $M = 5.84$, $DP = 6.22$ (Anexo VII), $\alpha = .881$ (Anexo XV); Hostilidade, $M = 5.24$, $DP = 5.44$ (Anexo XVI), $\alpha = .891$ (Anexo XVII); Ansiedade Fóbica, $M = 5.00$, $DP = 5.88$ (Anexo VII), $\alpha = .944$ (Anexo XVIII); Ideação Paranóide, $M = 6.72$, $DP = 5.41$ (Anexo VII), $\alpha = .885$ (Anexo XIX); Psicoticismo, $M = 4.76$, $DP = 5.85$ (Anexo VII), $\alpha = .936$ (Anexo XX); Índice Geral de Sintomas, $M = 1.06$, $DP = 1.02$ (Anexo VII); Índice de Sintomas Positivos, $M = 0.04$, $DP = 0.04$ (Anexo VII).

3.2.3. Escala de Vinculação Pré-Natal Materna

Para operacionalizar a variável da vinculação materna durante a gravidez, escolhemos a Escala de Vinculação Pré-Natal Materna (Condon, 1993; adaptação para português de Camarneiro & Justo, 2007, 2010) (Anexo V). Segundo Camarneiro (2011), Condon (1993) realizou esta escala com 19 questões e três subescalas: A Escala Total de Vinculação (ETV), a Qualidade de vinculação Materna (QVM) e a Intensidade de

Preocupação Materna ou Tempo Despendido no Modo de Vinculação (IPM). Os itens de cada escala são cotados de 1 a 5 (baixa vinculação a alta vinculação, respetivamente). A análise das escalas (QVM e IPM) conta com a inversão de alguns dos itens que as compõem. Na escala QVM, é necessário inverter os itens 3, 6, 9. Na escala IPM, deve inverter-se os itens 1, 5, 10 e 18.

No entanto, Camarneiro e Justo (2007, 2010, citado por Camarneiro, 2011), aquando a construção da versão portuguesa e do estudo da fiabilidade da escala, aperceberam-se de que, alguns itens da escala baixavam a consistência interna da mesma, nomeadamente os itens 16 e 19. Desta forma, decidiram testar a escala com apenas 17 itens, obtendo assim uma consistência interna aceitável ($\alpha = .74$). Ainda assim, após a análise factorial, os autores supramencionados verificaram que existiam outros dois itens (14 e 15) com correlações item-total corrigido abaixo de .20 e, uma vez que isso não vai de encontro ao critério de Streiner e Norman (1989, citados por Camarneiro, 2011), decidiram excluir também esses itens. Como tal, o índice de consistência interna para a versão materna sem os mencionados quatro itens subiu ($\alpha = .75$) e as correlações item-total corrigidas aumentaram significativamente o que permitiu chegar a uma boa medida de vinculação pré-natal (Camarneiro, 2011). Assim sendo, reformularam os itens que constituíam as subescalas, considerando oito itens (2, 3, 6, 7, 9, 11, 12 e 13) na primeira dimensão (QVM, $\alpha = .73$), e sete itens (1, 4, 5, 8, 10, 17 e 18) na segunda dimensão (IPM, $\alpha = .60$).

Esta escala permite-nos, então, conhecer os sentimentos da grávida face ao seu bebé durante as duas últimas semanas, o que será útil para compreender de que forma está a ser experienciada a gravidez. Para além disto, a EVPNM permitirá avaliar a qualidade da vinculação materna pré-natal em grávidas adolescentes, respondendo assim às hipóteses do presente estudo.

No estudo realizado, analisámos a consistência interna das escalas da EVPNM na nossa amostra. Na análise da escala Intensidade de Preocupação Materna, percebemos que a remoção do item 10 aumentava a consistência interna para .699. Desta forma, a escala IPM passou a ser constituída pelos itens 1, 4, 5, 8, 17 e 18. Na Escala Total de Vinculação, percebemos que a consistência interna com todos os itens do questionário, não obtinha melhor consistência com a remoção dos itens propostos por Camarneiro (2011). Por esse motivo, não foram removidos os itens 14, 15, 16 e 19 da ETV.

Como tal, apresentamos os valores de consistência interna: Qualidade de Vinculação Materna, $\alpha = .775$ (Anexo XXI); Intensidade de Preocupação Materna, $\alpha = .699$ (Anexo XXII); Escala Total de Vinculação, $\alpha = .874$ (Anexo XXIII).

Os resultados Médios e de Desvio-Padrão, na nossa amostra, são os seguintes: Qualidade de Vinculação Materna, $M = 28.88$, $DP = 5.04$ (Anexo VIII); Intensidade da Preocupação Materna, $M = 21.68$, $DP = 4.31$ (Anexo VIII); Escala Total de Vinculação, $M = 70.72$, $DP = 11.10$ (Anexo VIII).

3.2.4 Questionário de Expectativas Maternas na Interação Mãe-Bebé

O Questionário de Expectativas Maternas na Interação Mãe-Bebé (Anexo VI) resulta da adaptação de Silva (2019) a partir do original do Inventário da Perceção Materna da Intersubjetividade do Bebê na Relação Mãe-Filho (Carrulo de Sousa, 2016) que tinha como objetivo estudar a percepção materna acerca da participação do bebé no fenómeno da intersubjetividade.

O primeiro inventário contava com 76 itens aplicados a 18 mães de bebés entre os 3 e os 9 meses de idade, através de entrevistas semiestruturadas. Após a análise dos resultados do primeiro inventário, revelou-se necessário reduzir o número de itens para 25 dos quais subsistem 22 após a exclusão dos itens 8, 9 e 23.

A versão final do inventário conta com 22 itens englobados em 4 factores (o Fator Geral e 3 Factores específicos): o Fator Geral conta com uma elevada consistência interna ($\alpha = .816$); o Factor 1 é composto pelos itens 1, 6, 7, 12, 13, 16, 20 e 21 e relaciona-se com a “Perceção materna da competência do bebé na interação com a mãe ($\alpha = .817$); o Factor 2, composto pelos itens 2, 3, 4, 8, 9, 14, 17 e 18 refere-se à “Perceção materna dos comportamentos do bebé que exprimem estados emocionais ($\alpha = .749$) e, por fim, o Factor 3 é constituído pelos itens 5, 10, 11, 15, 19 e 22 e refere-se à “Perceção materna acerca da competência do bebé para exprimir a sua iniciativa” ($\alpha = .647$).

Desta forma, após a autorização do autor, construímos a partir do IPMIBRP o Questionário de Expectativas Maternas na Interação Mãe-bebé (QEMIMB) que conta com o mesmo número de itens (22 itens) agrupados nos mesmos fatores, sendo que estes passam a referir-se a: Factor 1: “Expectativa Materna acerca da Competência do Bebê na Interação com a Mãe”; Factor 2 “Expectativa Materna acerca dos Comportamentos do Bebê que Exprimem Estados Emocionais”; Factor 3 “Expectativa Materna acerca da Competência do Bebê para Exprimir a sua Iniciativa”.

Assim sendo, os valores de consistência do QEMIMB, na nossa amostra, são os seguintes: Factor 1, $\alpha = .906$ (Anexo XXIV); Factor 2, $\alpha = .898$ (Anexo XXV); Factor 3, $\alpha = .796$ (Anexo XXVI); Factor Geral, $\alpha = .957$ (Anexo XVII).

Os resultados Médios e Desvio-Padrão das escalas do QEMIMB, na nossa amostra, são os seguintes: Factor 1; M = 34.20, DP = 5.15 (Anexo IX); Factor 2, M = 32.92, DP = 5.45 (Anexo IX); Factor 3, M = 25.28, DP = 3.75 (Anexo IX); Factor Geral, M = 92.40, DP = 13.83 (Anexo IX).

3.3 Hipóteses específicas

Tendo em conta os instrumentos seleccionados, foram geradas as seguintes hipóteses específicas.

HE1: As variáveis independentes decorrentes do BSI contribuem significativamente para explicar a variância estatística da variável dependente expectativas maternas acerca das competências do bebé na interacção com a mãe (Factor 1- QEMIMB).

HE2: As variáveis independentes decorrentes do BSI contribuem significativamente para explicar a variância estatística da variável dependente expectativas maternas acerca dos comportamentos do bebé que exprimem estados emocionais (Factor 2- QEMIMB).

HE3: As variáveis independentes decorrentes do BSI contribuem significativamente para explicar a variância estatística da variável dependente expectativas maternas acerca da competência do bebé para exprimir a sua iniciativa (Factor 3- QEMIMB).

HE4: As variáveis independentes decorrentes da EVPNM contribuem significativamente para explicar a variância estatística da variável dependente expectativas maternas acerca da competência do bebé na interacção com a mãe (Factor 1- QEMIMB).

H5: As variáveis independentes decorrentes da EVPNM contribuem significativamente para explicar a variância estatística da variável dependente expectativas maternas acerca dos comportamentos do bebé que exprimem estados emocionais (Factor 2- QEMIMB).

H6: As variáveis independentes decorrentes da EVPNM contribuem significativamente para explicar a variância estatística da variável dependente

expectativas maternas acerca da competência do bebé para exprimir a sua iniciativa (Factor 3- QEMIMB).

HE7: A interação entre as variáveis decorrentes do BSI e da EVPNM contribui significativamente para explicar a variância estatística da variável dependente expectativas maternas acerca das competências do bebé na interação com a mãe (Factor 1- QEMIMB).

H8: A interação entre as variáveis decorrentes do BSI e do EVPNM contribui significativamente para explicar a variância estatística da variável dependente expectativas maternas acerca dos comportamentos do bebé que exprimem estados emocionais (Factor 2- QEMIMB).

H9: A interação entre as variáveis decorrentes do BSI e do EVPNM contribui significativamente para explicar a variância estatística da variável dependente expectativas maternas acerca da competência do bebé para exprimir a sua iniciativa (Factor 3- QEMIMB).

3.4. Procedimento

3.4.1. Critérios de inclusão

A recolha de dados foi realizada com a colaboração de adolescentes com idades compreendidas entre os 12 e os 19 anos que se encontravam grávidas de, pelo menos, 12 semanas. A língua materna foi o português, de forma a manter a consistência da investigação. Era, ainda, necessário que as participantes tivessem registos de gravidez o mais saudáveis possível, para que fosse salvaguardada a recolha de dados válida para a investigação.

3.4.2 Critérios de exclusão

Excluíram-se de este estudo pessoas cuja idade não se situava no intervalo estipulado (12-19 anos), as adolescentes que não tinham, como língua materna, a língua portuguesa, bem como as grávidas adolescentes com histórico de complicações obstétricas graves que pudessem interferir na qualidade de vida do bebé ou da grávida.

3.4.3 Recolha de dados *on-line*

Segundo Molnar (2019), os investigadores procuram cada vez mais a recolha de dados *on-line*. Vários estudos indicam que a recolha de dados *on-line* é viável. No entanto, importa atender a algumas questões, nomeadamente ao problema das respostas múltiplas

nos questionários que, segundo Paolacci, Chandler e Ipeirotis (2010) são contornáveis e facilmente controláveis através de um URL único.

Quanto à fidedignidade dos dados, considera-se fundamental que o investigador seja sensível a algumas questões, tais como: a linguagem utilizada (de forma a garantir que todos os participantes compreendem a questão); o tipo de questões (evitando questões de resposta factual); e atender às diferenças individuais e socioeconómicas da amostra recolhida (Goodman, Cryder, & Cheema, 2012).

Deste modo, a recolha *on-line*, não só, permite uma redução de custos como permite aceder a amostras significativamente maiores de participantes. No entanto, este método pode complicar a interação em tempo real entre os participantes. Os investigadores que pretendam avaliar a interação entre participantes necessitam de conhecimentos de programação específicos para manusear os instrumentos que têm capacidade de responder aos objetivos dos seus estudos. Desta forma, uma das principais vantagens de utilização do Qualtrics é, precisamente, a ausência de necessidade de capacidades de programação específicas. Este software permite ao investigador, criar, editar e gerir os seus estudos de forma intuitiva e simples (Molnar, 2019)

O presente estudo contou com a recolha de dados *on-line* através da plataforma Qualtrics. Trata-se de uma plataforma profissional, frequentemente utilizada para recolha de dados *on-line*. Como referido, esta plataforma permite, ao investigador, criar os questionários de forma simples e controlar a divulgação do mesmo e, ainda, permite controlar a multiplicidade de respostas pelo mesmo participante. Além disto, esta plataforma assegura o anonimato dos participantes e a confidencialidade dos dados recolhidos, uma vez que apenas o investigador tem acesso aos resultados, sendo necessário uma palavra passe única para esse efeito. Assim sendo, o software Qualtrics proporciona a recolha de uma amostra ampla com baixo custo, sendo facilmente manuseável e controlável pelo investigador, garantindo a autenticidade da amostra e a qualidade dos dados.

A divulgação do estudo foi realizada através de um único *link* do *software* Qualtrics. Este *link* foi partilhado através das redes sociais, nomeadamente Facebook e Instagram de forma a chegar, mais facilmente, à população alvo. Após o acesso através do *link*, as participantes teriam de assinar o Consentimento Informado, reconhecendo o conhecimento das condições do estudo e aceitando preencher os quatro questionários.

Devido à população alvo ser considerada população de risco por motivo de menoridade, sem o Consentimento Informado assinado, não era possível prosseguir para o preenchimento dos questionários. Desta forma, assegurou-se que todas as respostas eram voluntárias e a fidedignidade dos dados.

A ordem de preenchimento é coerente com a apresentação dos questionários no capítulo anterior. Assim, como já foi referido anteriormente, as participantes preencheram, de forma individual, os seguintes questionários: Questionário Sociodemográfico e Clínico; Questionário BSI (Derogatis, 1993; versão portuguesa de Canavarro, 1995); A Escala de Vinculação Pré-Natal Materna (Condon, 1993; adaptação para português de Camarneiro & Justo, 2007, 2010) e, por fim, o Questionário de Expectativas Maternas na Interação Mãe-Bebé (Adaptação de Silva, 2019 a partir do original do Inventário da Perceção Materna da Intersubjetividade do Bebé na Relação Mãe-Filho de Carrulo de Sousa, 2016).

3.5 Participantes

A nossa amostra é composta por 25 adolescentes grávidas com idades compreendidas entre os 14 e os 19 anos ($M = 17.56$, $DP = 1.42$) como podemos observar na Tabela 1. O número de anos de estudo com sucesso, na nossa amostra, varia entre os 8 e os 14 anos ($M = 11.08$, $DP = 1.47$). A caracterização sociodemográfica das participantes é descrita na Tabela 1 (Anexo X).

Tabela 1.
Estatística Descritiva das Variáveis Sociodemográficas das Participantes (N = 25)

Variáveis	n	%	M	DP	Mín.	Máx.
Idade			17.56	1.42	14	19
Escolaridade			11.08	1.47	8	14
Agregado Familiar			3.04	.98	1	6
Estatuto Conjugal	Solteira	15	60			
	Casada	5	20			
	União de Facto	4	16			
	Viúva	1	4			
Estatuto Socioeconómico	Classe II	5	20			
	Classe III	15	60			
	Classe IV	5	20			
Vive com o Pai do Bebé	Sim	14	56			
	Não	11	44			

Como descrito na Tabela 2, no que respeita às Variáveis Clínicas da Gravidez, na nossa amostra, a idade gestacional variava entre as 12 e as 39 semanas ($M = 25.12$, $DP = 8.81$). Podemos ver, a partir da Tabela 2, que 9% das participantes já experienciou gravidezes anteriores. Das 25 participantes, 52% afirmavam que a gravidez atual foi desejada. No entanto, apenas 28% afirmavam que esta tenha sido planeada. A caracterização das Variáveis Clínicas relativas à Gravidez é descrita na Tabela 2 (Anexo X).

Tabela 2.

Estatística Descritiva das Variáveis Clínicas Relativas à Gravidez ($N = 25$)

Variáveis		N	%	M	DP	Mín.	Máx.
Confirmação da Gravidez (Semanas)				7.92	4.22	2	16
Idade de Gestação Atual (Semanas)				25.12	8.81	12	39
nº Gravidezes Anteriores				.40	.58	0	2
Gravidez Desejada	Sim	13	52				
	Não	12	48				
Gravidez Planeada	Sim	7	28				
	Não	18	72				
Gravidez Viglada	Sim	20	80				
	Não	5	20				
Problemas Durante a Gravidez	Sim	2	8				
	Não	23	92				
Gravidezes Anteriores	Sim	9	26				
	Não	16	64				
Informou A Família	Sim	24	96				
	Não	1	4				
Informou O Pai Do Bebê	Sim	24	96				
	Não	1	4				

4. Resultados

4.1 Testagem das hipóteses

4.1.1 Análise de regressão linear hierárquica múltipla

A análise estatística dos dados recolhidos foi realizada através do software SPSS-26. Para testar as nossas hipóteses, foi utilizada a análise de regressão linear hierárquica múltipla. A análise de regressão múltipla contribui para explorar a relação entre uma variável dependente e várias variáveis independentes. Baseada na correlação entre variáveis, a análise de regressão permite conhecer de forma detalhada a relação de um conjunto de variáveis e, de esta forma, prever o quanto esse conjunto é capaz de contribuir para um determinado resultado. Este tipo de análise permite que o tratamento dos dados seja realizado de forma geral, uma vez que fornece informações sobre todas as subescalas do modelo, e de forma detalhada, já que permite perceber a contribuição de cada variável ou conjunto de variáveis (subescalas individuais). Além disto, a regressão múltipla pode ser útil para a capacidade preditiva do modelo, pois permite adicionar variáveis que não estejam incluídas no modelo (Pallant, 2005).

Primeiramente, procedeu-se à reorganização dos dados, convertendo todas as variáveis avaliadas por escalas categoriais ou ordinais em variáveis dicotómicas (0 e 1).

O tratamento de dados contou com a análise descritiva dos mesmos, permitindo descrever o ajustamento das diversas variáveis relativamente à distribuição normal teórica e obter uma descrição detalhada da amostra. Os dados da amostra foram submetidos à inspeção dos Q-Q Plots e concluiu-se que algumas variáveis se afastam significativamente da distribuição normal teórica (Anexo XI). No entanto, o afastamento não é tão exagerado que impeça o uso de estatísticas paramétricas. Além disso, foram tidos em conta os valores de Tolerância ($> .1$) e de VIF (< 10), de forma a evitar situações de multicolinearidade.

Posto isto, foi utilizada a análise de regressão múltipla hierárquica contribuindo para o tratamento dos dados das variáveis independentes. Este tipo de análise permite ao investigador inserir as variáveis independentes na equação com base numa ordem específica baseada em fundamentos teóricos. Desta forma, as variáveis independentes são inseridas por etapas, sendo possível avaliar o contributo de cada uma das variáveis na explicação da variância da variável dependente. A regressão múltipla hierárquica permite

avaliar a capacidade de predição da variável dependente através do controlo das variáveis independentes e das variáveis sociodemográficas.

Deste modo, as variáveis independentes utilizadas nas análises de regressão são as seguintes: Modelo 1, idade e escolaridade; Modelo 2, estatuto socioeconómico (Graffar); Modelo 3, estatuto conjugal; Modelo 4, subescalas decorrentes dos questionários utilizados (BSI, EVPNM, QEMIMB).

4.1.2. Testagem da Hipótese Geral 1

Na Hipótese Geral 1, nenhuma das hipóteses específicas se confirma (Anexo XXVIII até ao Anexo LXXI) à excepção da hipótese específica 2 a qual é relativa à variável independente Ansiedade Fóbica. Ainda assim, encontramos um resultado interessante referente à variável independente Sensibilidade Interpessoal ($p = .058$) na explicação da variância estatística da variável dependente Expectativas Maternas acerca dos Comportamentos do Bebê que Expressam Estados Emocionais (Factor 2- QEMIMB; Anexo XL). No que concerne à hipótese específica 2, a variável independente Ansiedade Fóbica contribui significativamente para a explicação da variância estatística da variável dependente Expectativas Maternas acerca dos Comportamentos do Bebê que Expressam Estados Emocionais (Factor 2- QEMIMB). Para ilustrar a confirmação da hipótese específica 2, apresentamos os resultados de esta testagem na Tabela 3.

Tabela 3.
Análise de Regressão da HE2, VI- Ansiedade Fóbica, VD- Expectativas Maternas acerca dos Comportamentos do Bebê que Expressam Estados Emocionais.

Modelo	R	R ²	R ² Ajustado	Erro padrão da estimativa	Mudança de R ²	Mudança de F	gl1	gl2	Significância da mudança de F
1	.122	.015	-.075	5.654	.015	.167	2	22	.848
2	.292	.085	-.045	5.576	.070	1.615	1	21	.218
3	.476	.226	.072	5.255	.141	3.645	1	20	.071
4	.633	.401	.243	4.745	.174	5.530	1	19	.030

Tal como se observa na tabela acima, a análise de regressão apresenta um valor significativo relativo ao quarto modelo ($p = .030$), confirmando a HE2. Desta forma, a variável independente Ansiedade Fóbica (Sintomatologia Psicopatológica) contribui

significativamente para explicar a variável dependente Expectativas Maternas acerca dos Comportamentos do Bebê que Expressam Estados Emocionais (Factor 2- QEMIMB)

4.1.3. Testagem da Hipótese Geral 2

Nesta hipótese geral, todas as hipóteses específicas se confirmaram. Assim, podemos afirmar que a variável independente Vinculação Pré-Natal Materna contribui de forma significativa para explicar a variância da variável dependente Expectativas Maternas acerca da Interação Mãe-Bebê em todos os fatores (QEMIMB- Factor 1, Factor 2, Factor 3). Como forma de ilustrar a confirmação da Hipótese Geral 2, apresentamos três tabelas: na Tabela 4, os resultados da testagem de HE4 onde a variável independente Qualidade da Vinculação (EVPNM) tenta explicar a variável dependente Factor 1 do QEMIMB (Anexo LXXIII); na Tabela 5, apresentamos os resultados da testagem de HE5, onde a variável independente é a Qualidade da Vinculação (EVPNM) e a variável dependente o Factor 2 do QEMIMB (Anexo LXXVI); na Tabela 6, encontram-se os resultados da testagem da HE6 onde a variável independente Qualidade da Vinculação (EVPNM) procura explicar a variável dependente Factor 3 do QEMIMB (Anexo LXXIX). As hipóteses específicas relativas às variáveis independentes Intensidade da Preocupação Materna e Escala de Vinculação Total, também se confirmam na sua totalidade (Anexo LXXII até ao Anexo LXXXIII).

Tabela 4.

Análise de regressão da HE4, VI- Qualidade da Vinculação, VD- Expectativas Maternas acerca da Competência do Bebê na Interação com a Mãe.

Modelo	R	R ²	R ² Ajustado	Erro padrão da estimativa	Mudança de R ²	Mudança de F	gl1	gl2	Significância da mudança de F
1	.295	.087	.004	5.138	.087	1.045	2	22	.369
2	.325	.106	-.022	5.205	.019	.443	1	21	.513
3	.478	.229	.074	4.953	.123	3.188	1	20	.089
4	.803	.645	.551	3.448	.416	22.259	1	19	.000

Como se pode ver na tabela acima, a análise de regressão revela um valor significativo relativamente ao quarto modelo ($p = .000$), confirmando assim a HE4. Assim, podemos afirmar que a variável independente Qualidade da Vinculação (EVPNM) contribui significativamente para a explicação da variância estatística da variável dependente Expectativas Maternas acerca da Competência do Bebê na Interação com a Mãe (Factor 1- QEMIMB).

Tabela 5.

Análise de regressão da HE5, VI, Qualidade da Vinculação, VD- Expectativas Maternas acerca dos Comportamentos do Bebê que Expressam Estados Emocionais.

Modelo	R	R ²	R ² Ajustado	Erro padrão da estimativa	Mudança de R ²	Mudança de F	gl1	gl2	Significância da mudança de F
1	.122	.015	-.075	5.654	.015	.167	2	22	.848
2	.292	.085	-.045	5.576	.070	1.615	1	21	.218
3	.476	.226	.072	5.255	.141	3.645	1	20	.071
4	.656	.431	.281	4.625	.204	6.819	1	19	.017

Tal como podemos ver na Tabela 5, a análise de regressão da HE5 apresenta um valor significativo relativamente ao quarto modelo ($p = .017$). Desta forma, a HE5 é confirmada, sendo que a variável independente Qualidade da Vinculação (EVPNM) contribui para a explicação da variância estatística da variável dependente Expectativas Maternas acerca dos Comportamentos do Bebê que Expressam Estados Emocionais (Factor 2- QEMIMB).

Tabela 6.

Análise de regressão da HE6, VI, Qualidade da Vinculação, VD- Expectativas Maternas acerca da Competência do Bebê para Expressar a sua Iniciativa.

Modelo	R	R ²	R ² Ajustado	Erro padrão da estimativa	Mudança de R ²	Mudança de F	gl1	gl2	Significância da mudança de F
1	.167	.028	-.060	3.859	.028	.317	2	22	.732
2	.285	.081	-.050	3.840	.053	1.220	1	21	.282
3	.489	.239	.086	3.582	.157	4.132	1	20	.056
4	.718	.516	.388	2.932	.277	10.856	1	19	.004

Como podemos verificar através da Tabela 6, a análise de regressão da Hipótese Específica 4 mostra um valor significativo relativamente ao quarto modelo ($p = .004$), confirmando assim a mesma. Assim sendo, podemos afirmar que a variável independente Qualidade da Vinculação (EVPNM) explica a variância estatística da variável dependente Expectativas Maternas acerca da Competência do Bebê para Expressar a sua Iniciativa (Factor 3- QEMIMB).

Assim, concluímos que a Vinculação Pré-Natal Materna exerce um impacto significativo na variável dependente Expectativas Maternas acerca da Interação Mãe-Bebê.

4.1.4. Testagem da Hipótese Geral 3

No que respeita à Hipótese Geral 3, as hipóteses específicas 7, 8, 9 confirmaram-se na sua totalidade (Anexo LXXXIV até ao Anexo CCXV). De forma a ilustrar a confirmação da Hipótese Geral 3, apresentamos, nas Tabelas 7, 8 e 9, a testagem da HE7, da HE8 e da HE9 (Anexo CXXX, Anexo CXLII, Anexo CLIV, respetivamente).

A ilustração da confirmação da hipótese específica 7 refere-se à interação entre as variáveis independentes Intensidade de Preocupação Materna (EVPNM) e Sensibilidade Interpessoal (BSI) na tentativa de explicar a variável dependente Expectativas Maternas acerca da Competência do Bebê na Interação com a Mãe (Factor 1- QEMIMB).

Tabela 7.

Análise de regressão de HE7, VI- Intensidade de Preocupação Materna e Sensibilidade Interpessoal, VD- Expectativas Maternas acerca da Competência do Bebê na Interação com a Mãe.

Modelo	R	R ²	R ² Ajustado	Erro padrão da estimativa	Mudança de R ²	Mudança de F	gl1	gl2	Significância da mudança de F
1	.295	.087	.004	5.138	.087	1.045	2	22	.369
2	.325	.106	-.022	5.205	.019	.443	1	21	.513
3	.478	.229	.074	4.953	.123	3.188	1	20	.089
4	.846	.717	.622	3.165	.488	15.495	2	18	.000

Tal como vemos na Tabela 7, a análise de regressão mostra um valor significativo relativamente ao quarto modelo ($p = .000$). Desta forma, a HE7 é confirmada, indicando que a interação entre as variáveis independentes Intensidade de Preocupação Materna (EVPNM) e Sensibilidade Interpessoal (BSI) explicam a variância estatística da variável dependente Expectativas Maternas acerca da Competência do Bebê na Interação com a Mãe (Factor 1-QEMIMB).

A ilustração da confirmação da HE8 é relativa à interação entre as variáveis independentes Intensidade de Preocupação Materna (EVPNM) e Depressão (BSI) na procura da explicação da variável dependente Expectativas Maternas acerca dos Comportamentos do Bebê que Expressam Estados Emocionais (Factor 2- QEMIMB).

Tabela 8.

Análise de regressão da HE8, VI- Intensidade da Preocupação Materna e Depressão, VD- Expectativas Maternas acerca dos Comportamentos do Bebê que Expressam Estados Emocionais.

Modelo	R	R ²	R ² Ajustado	Erro padrão da estimativa	Mudança de R ²	Mudança de F	gl1	gl2	Significância da mudança de F
--------	---	----------------	----------------------------	---------------------------------	------------------------------	-----------------	-----	-----	----------------------------------

1	.122	.015	-.075	5.654	.015	.167	2	22	.848
2	.292	.085	-.045	5.576	.070	1.615	1	21	.218
3	.476	.226	.072	5.255	.141	3.645	1	20	.071
4	.737	.544	.392	4.254	.317	6.263	2	18	.009

Como podemos ver, a análise de regressão da HE8 apresenta um valor significativo relativamente ao quarto modelo ($p = .009$). Assim confirma-se que a interação entre a variável independente Intensidade da Preocupação Materna (EVPNM) e a variável independente Depressão (BSI) contribui significativamente para explicar a variância estatística da variável dependente Expectativas Maternas acerca dos Comportamentos do Bebê que Expressam Estados Emocionais (Factor 2-QEMIMB).

A ilustração da HE9 corresponde à interação das variáveis independentes Intensidade de Preocupação Materna (EVPNM) e Ansiedade (BSI) relativamente à explicação da variável dependente Expectativas Maternas acerca da Competência do Bebê para Expressar a sua Iniciativa (Factor 3- QEMIMB).

Tabela 9.

Análise de regressão da H9, VI- Intensidade de Preocupação Materna e Ansiedade, VD- Expectativas Maternas acerca da Competência do Bebê para Expressar a sua Iniciativa.

Modelo	R	R ²	R ² Ajustado	Erro padrão da estimativa	Mudança de R ²	Mudança de F	gl1	gl2	Significância da mudança de F
1	.167	.028	-.060	3.859	.028	.317	2	22	.732
2	.285	.081	-.050	3.840	.053	1.220	1	21	.282
3	.489	.239	.086	3.582	.157	4.132	1	20	.056
4	.788	.621	.495	2.663	.383	9.091	2	18	.002

Através da Tabela 9, podemos confirmar que a análise de regressão da HE9 revela um valor significativo relativamente ao quarto modelo ($p = .002$). Desta forma, podemos afirmar que a interação entre as variáveis independentes Intensidade de Preocupação Materna (EVPNM) e Ansiedade (BSI) contribui significativamente para a explicação da variância estatística da variável dependente Expectativas Maternas acerca da Competência do Bebê para Expressar a sua Iniciativa (Factor 3- QEMIMB).

Assim sendo, podemos concluir que, em conjunto, a vinculação pré-natal materna e a presença de sintomatologia psicopatológica possuem um impacto significativo nas expectativas maternas acerca da interação mãe-bebé.

5. Discussão

Neste capítulo serão discutidos os resultados de esta investigação com base no enquadramento teórico realizado e as hipóteses gerais e específicas. Na presente investigação, procurámos averiguar a relação entre as variáveis Vinculação Pré-Natal Materna, Sintomatologia Psicopatológica e as Expectativas Maternas acerca da Interação Mãe-Bebé.

Deste modo, a primeira Hipótese Geral procurava estudar o efeito da Sintomatologia Psicopatológica nas Expectativas Maternas acerca da Interação Mãe-Bebé. De acordo com os resultados obtidos, esta hipótese não se confirma, excepto numa das subescalas (Ansiedade Fóbica). Concluímos, então, que a sintomatologia psicopatológica não explica a variância estatística das Expectativas Maternas acerca da Interação Mãe-Bebé.

Segundo Slade et al. (2007, cit. por Slade & Sadler, 2019), as adolescentes encontram-se num estágio de desenvolvimento considerado crítico e de conflito interior, marcado por instabilidade emocional e imaturidade psicológica. Estes factos, em conjunto com a história de vida da adolescente grávida, são considerados factores de risco que podem contribuir para a existência de perturbações de ansiedade, depressão e stress pós-traumático. Consequentemente, o desenvolvimento da adolescente grávida pode ser comprometido, impedindo a construção do bebé imaginário. Por conseguinte, pode possuir um impacto negativo nas expectativas maternas pré e pós-natais.

Levantámos a hipótese de que a presença de sintomas psicopatológicos influenciava as expectativas maternas e percebemos que estas últimas não são influenciadas pela presença de sintomatologia psicopatológica, ao contrário do que se encontra na literatura. Ainda assim, podemos afirmar que a Ansiedade Fóbica parece influenciar as expectativas maternas acerca das competências emocionais do bebé, o que pode ser explicado através dos resultados do estudo de Piccinini et al. (2004) em que as grávidas consideram existir uma relação positiva entre o seu estado emocional e as suas expectativas quanto às características emocionais do bebé, levantando preocupações excessivas quanto ao bem-estar do feto e quanto à influência do seu estado emocional. Podemos perceber que existe um certo receio perante a relação mãe-bebé, uma vez que, as grávidas adolescentes parecem preocupar-se com o bebé e com a forma como este expressará as suas emoções. Isto pode levar-nos a pensar que, provavelmente, a grávida

estará a identificar características próprias através da expressão das baixas expectativas quanto à capacidade do bebê para expressar emoções.

No que concerne a Hipótese Geral 2, sugeria-se que a vinculação pré-natal materna contribuía de forma significativa para a explicação da variância estatística das expectativas maternas acerca da interação mãe-bebê. Esta hipótese foi confirmada na sua totalidade, o que indica que a vinculação pré-natal materna nas dimensões qualidade de vinculação e intensidade da preocupação materna influenciam as expectativas maternas acerca da interação mãe-bebê em todos os seus domínios.

Podemos, então, afirmar que a qualidade de vinculação materna, bem como a intensidade de preocupação materna têm impacto nas expectativas maternas relativas às capacidades do bebê para expressar as suas necessidades, as suas emoções e a sua iniciativa. Em consonância com o enquadramento teórico, percebemos que a qualidade de vinculação materna se encontra diretamente ligada ao investimento da adolescente na gravidez e à construção de um bebê imaginário. Desta forma, concluímos que a relação materno-fetal devidamente investida garante uma maior qualidade de vinculação e, conseqüentemente, uma natural preocupação para com o bem-estar do feto (Condon & Corkindale, 1997).

Para além disto, Piccinini et al. (2003) sublinha que as grávidas adolescentes não se encontram psicologicamente preparadas para assumir o papel de mãe, não possuem capacidade para se afastar do que é real, fantasiar e refletir acerca do que as rodeia. Desta forma, consideram que as grávidas adolescentes possuem menos recursos para estabelecer uma boa vinculação materno-fetal (Piccinini et al., 2003). Isto é, os processos de construção de um bebê imaginário acabam por ser dificultados devido ao incompleto desenvolvimento psicológico da grávida, podendo comprometer as expectativas maternas pré-natais acerca das características do bebê e da capacidade de interação do mesmo.

Concluímos que, a qualidade da vinculação e a preocupação materna, em grávidas adolescentes, possui um efeito significativo no que toca às expectativas maternas em relação ao futuro bebê quanto às suas competências de interação, à capacidade de exprimir estados emocionais e à capacidade de expressar a sua iniciativa. Este resultado pode ser explicado pela imaturidade da grávida adolescente que não se encontra psicologicamente predisposta a investir na relação materno-fetal, comprometendo, assim,

a vinculação pré-natal e, conseqüentemente, as expectativas que possui acerca do futuro bebê.

A Hipótese 3, propunha que a vinculação pré-natal materna e a sintomatologia psicopatológica, em conjunto, exercem um impacto significativo na explicação da variância das expectativas maternas acerca da interação mãe-bebê. Esta hipótese é confirmada. Podemos inferir que a vinculação pré-natal materna e a sintomatologia psicopatológica possuem um impacto nas expectativas maternas acerca da interação mãe-bebê. No decorrer da gravidez, verificam-se inúmeras mudanças que requerem esforço psicológico e adaptação. Deste modo, as grávidas adolescentes, estando num estágio de desenvolvimento que igualmente requer esforço psicológico, podem não experienciar a gravidez da mesma forma que uma mulher adulta. Isto é, as grávidas adolescentes não atingiram a maturidade do desenvolvimento psicológico, o que pode comprometer a vivência da gravidez nesta faixa etária.

A presença de sintomatologia psicopatológica, tanto na adolescência como na gravidez, não é inesperada. Uma grávida adolescente que provenha de um estatuto socioeconómico baixo, que não possua uma relação com o companheiro ou que tenha histórico de separação dos progenitores, pode desenvolver psicopatologias relacionadas com ansiedade e depressão, decorrentes da história de vida e das mudanças intensas características da adolescência e da gravidez. Por sua vez, todo o esforço psicológico e a possibilidade de se sofrer de uma psicopatologia, impedem a vivência da gravidez na sua forma mais plena, onde existem desejos, fantasias e afetos pelo futuro bebê. Assim, podemos afirmar que a presença de sintomatologia psicopatológica afeta a relação precoce entre a mãe e o bebê. Uma vez que a relação com o bebê se torna dificultada pela imaturidade da jovem, as expectativas que esta terá relativamente ao bebê serão, naturalmente, reduzidas e irrealistas. Segundo Wise e Grossman (1980, citados por Coleman, Nelson, & Sundre, 2007), as grávidas adolescentes tendem a possuir expectativas irrealistas relativamente ao bebê e aos cuidados com o mesmo e, por isto, tendem também a revelar sentimentos negativos no que toca às características físicas, emocionais e psicológicas do bebê, após o seu nascimento.

Desta forma, podemos afirmar que estamos perante um ciclo onde a presença de psicopatologia compromete o bem-estar da grávida adolescente fazendo com que esta não invista na gravidez e não se relacione de forma tão positiva com o seu bebê, impedindo

ainda as fantasias com o mesmo e, como consequência, não possua expectativas positivas acerca das características e das capacidades em causa.

Por fim, na amostra recolhida, o estatuto socioeconómico não parece ter um impacto significativo nas expectativas maternas, o que vai contra a literatura apresentada. Este facto pode ser explicado não só pelo número reduzido da amostra, mas também pela questão de que, embora desempregadas, as grávidas adolescentes parecem apoiar-se nos elementos do agregado familiar (mãe, pai, irmãos, avós) e/ou no pai do bebé, contando com os rendimentos mensais fixos dos mesmos. Assim sendo, podemos pensar que o agregado familiar das grávidas pode proporcionar-lhes condições socioeconómicas para os cuidados durante a gravidez e após a mesma.

6. Conclusão

A gravidez na adolescência é uma questão bastante estudada pelo facto de ser considerada um problema social. Ao longo dos anos, em Portugal, o número de adolescentes grávidas tem vindo a reduzir. Acredita-se que este facto se deva à incrementação de programas de educação sexual.

Tendo em consideração os avanços da sociedade, importa compreender de que forma podemos entender a gravidez adolescente. Revela-se, fundamental, conhecer os aspetos implicados na gravidez adolescente e o impacto que terá na vida da adolescente e do futuro bebé.

Assim sendo, vários estudos se têm debruçado sobre a vinculação e as expectativas maternas e o seu impacto na qualidade da relação com o bebé. Na verdade, a maioria dos estudos neste domínio refere-se à relação mãe-bebé após o nascimento e, para além disso, a maioria dos estudos recai sobre a população adulta.

Desta forma, a presente investigação sublinha a importância da compreensão dos factores associados à vinculação e às expectativas pré-natais em grávidas adolescentes. A presença de sintomatologia psicopatológica não é inesperada durante o período gravídico. No entanto, numa gravidez adolescente, importa compreender que as grávidas se encontram mais vulneráveis face à eventualidade da psicopatologia. Sendo assim, neste estudo, revelou-se fundamental compreender a influência da presença de psicopatologia nas expectativas pré-natais.

Apesar de, no presente estudo, não existir uma relação direta entre a presença de psicopatologia e as expectativas maternas, salienta-se a relação entre a sintomatologia psicopatológica e a vinculação pré-natal nas expectativas maternas acerca da interação mãe-bebé. E, assim, evidencia-se a necessidade de intervir junto das adolescentes desde o início da gravidez, numa tentativa de prevenir a possível presença de sintomatologia psicopatológica e, consequentemente, evitando o provável desinvestimento na relação materno-fetal.

Como tal, esta investigação constitui mais um contributo no que diz respeito ao conhecimento sobre a forma como a presença de psicopatologia, a vinculação pré-natal e as expectativas maternas acerca da interação mãe-bebé se relacionam e influenciam entre si.

6.1. Limitações

A presente investigação apresenta limitações ao nível do tamanho da amostra e da recolha de dados. O número de dados recolhidos é bastante reduzido ($N = 25$) não sendo representativo da população em estudo. Para além disso, a divulgação dos dados realizou-se através das redes sociais o que impossibilitou o acompanhamento durante o preenchimento dos questionários, não garantindo que todos os tutores legais tenham autorizado a participação no estudo.

6.2. Implicações e direções futuras

No futuro, seria importante replicar este estudo numa amostra maior, de forma a completar as conclusões de esta investigação. Além disso, seria importante perceber se a vinculação materna pré-natal e as expectativas maternas pré-natais possuem impacto no aparecimento de sintomatologia psicopatológica no período de pós-parto.

Referências Bibliográficas

- Afonso, J. D. A. (2007). Masculino e feminino: Alguns aspectos da perspectiva psicanalítica. *Análise psicológica*, 25(3), 331-342.
- Alves, P., & Mota, C. P. (2015). Identidade de género e orientação sexual na adolescência natureza, determinantes e perturbações. *Revista Eletrónica de Educação e Psicologia*, 2, 45-61.
- Blumberg, N. L. (1980). Effects of neonatal risk, maternal attitude, and cognitive style on early postpartum adjustment. *Journal of Abnormal Psychology*, 89(2), 139-150.
- Bowlby, J. M. D. (1982). Attachment and Loss: Retrospect and Prospect. *American Journal of Orthopsychiatry*, 52(4), 665-678.
- Brandon, R. A., Pitts, S., Denton, H. W., Stringer, A. C., & Evans, M. H (2009). A History Of The Theory Of Prenatal Attachment. *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology Health*, 23(4), 201–222. Retirado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3083029/>.
- Camarneiro, A. (2011). Vinculação pré-natal e organização psicológica do homem e da mulher durante a gravidez: relação entre com o tipo de parto e com a patologia obstétrica dos II e III trimestres de gestação. Tese Doutoramento em Psicologia Clínica na Universidade de Lisboa.
- Canavarro, M. C. (2007). Inventário de Sintomas Psicopatológicos: Uma Revisão crítica dos estudos realizados em Portugal. In L. Almeida, M. Simões, C. Machado e M. Gonçalves (Eds.). *Avaliação Psicológica. Instrumentos validados para a população Portuguesa*, III, 305- 331. Coimbra: Quarteto Editora.
- Claudino, K. A., Cesário, V. A. C., & Menezes, V. A. (2017). Relação de apego materno-fetal entre adolescentes gestantes e mães: um estudo preliminar. *Adolescência & Saúde*, 14(2), 66-75.
- Coleman, P., Nelson, E. S., & Sundre, D. L. (1999) The relationship between prenatal expectations and postnatal attitudes among first-time mothers, *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 17(1), 27-39. doi:10.1080/02646839908404582.

- Condon, J. T. (1993). The assessment of antenatal emotional attachment: development of a questionnaire instrument. *British Journal of Medical Psychology*, 66, 167-183
- Condon, J. T., & Corkindale, C. (1997). The correlates of antenatal attachment in pregnant women. *British Journal of Medical Psychology*, 70(4), 359-372.
- Correia, M. J. C., & Alves, M. J. (1990). Gravidez na adolescência: O nascimento de uma consulta e de um programa de intervenção. *Análise Psicológica*, 8(4), 429-434.
- Figueiredo, B. (2000). Maternidade na adolescência: Consequências e trajetórias desenvolvimentais. *Análise Psicológica*, 18(4), 485-498.
- Figueiredo, B., Pacheco, A. P., & Magarinho, R. (2005). Grávidas adolescentes e grávidas adultas: diferentes circunstâncias de risco? *Acta Médica Portuguesa*, 18, 97-105.
- Figueiredo, B., Pacheco, A., Costa, R., & Magarinho, R. (2006). Qualidade da vinculação e dos relacionamentos significativos na gravidez. *Psicologia*, 20(1), 65-96. Lisboa: Edições Colibri.
- Gilbert, K. E. (2012). The neglected role of positive emotion in adolescent psychopathology. *Clinical Psychology Review*, 32, 467-481.
- Goodman, K. J., Cryder, C. E., & Cheema, A. (2012). A Data Collection in a Flat World: The Strengths and Weaknesses of Mechanical Turk Samples. *Journal of Behavioral Decision Making*. doi:10.1002/bdm.1753.
- Graffar, M. (1956). Une méthode de classification sociale d'échantillons de population. *Courier*, 6, 455-459.
- Justo, J. (2000). Gravidez adolescente, maternidade adolescente e bebés adolescentes: Causas, consequências, intervenção preventiva e não só. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 2(2), 97-147.
- Molnar, A., (2019). SMARTRIQS: A Simple Method Allowing Real-Time Respondent Interaction in Qualtrics Surveys. *Journal of Behavioral and Experimental Finance*, 22, 161–169.
- Muller, M. E. (1993). Development of the prenatal attachment inventory. *Western Journal of Nursing Research*, 15(2), 199-215.

- Pallant, J. F. (2005). *SPSS survival manual: a step by step guide to data analysis using SPSS*, 12 (2). Sydney: Bookhouse.
- Paolacci, G. Chandler, J. & Ipeirotis, G. (2010). Running experiments on Amazon Mechanical Turk. *Judgment and Decision Making*, 5(5), 411-419.
- Piccinini, C. A., Ferrari, A. G., Levandowski, D. L., Lopes, R. S., & Nardi, T. C. (2003). O bebê imaginário e as expectativas quanto ao futuro do filho em gestantes adolescentes e adultas. *Interações*, 8(16), 81-108.
- Piccinini, C. A., Gomes, A. G., Moreira, L. E., & Lopes, R. S. (2004). Expectativas e sentimentos da gestante em relação ao seu bebê. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 20(3), 223-232.
- Rodrigues, R. M. (2010). Gravidez na adolescência. *Nascer e Crescer*, 19(3).
- Silva, E., & Freire, T. (2014). Regulação emocional em adolescentes e seus pais: Da psicopatologia ao funcionamento ótimo. *Análise Psicológica*, 32(2), 187-198.
- Slade, A., & Sadler, L. S. (2019) Pregnancy and Infant Mental Health. *Handbook of Infant Mental Health*, 1(4), 25-40.
- Sousa, L. M. P. (2006). Obesidade na Adolescência: Aspectos psicológicos e rendimento escolar. Tese de Mestrado em Psicologia na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação de Coimbra.
- Sousa, J. A. C. D. (2016). A primeira dança: o papel da intersubjectividade na interacção mãe-bebê. Tese de Doutoramento em Psicologia Clínica na Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa.
- Thomas, E. A., & Rickel, U. A. (1995). Teen pregnancy and maladjustment: A study of base rates. *Journal of Community Psychology*, 23(3), 200-215.
- Williams, G. P., Holmbeck, N. G., & Greenley, N. R. (2002). Adolescent Health Psychology. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(3), 828-842.